

Place patient label here if available	VCU Medical Center
Name/ <i>Nombre</i> :	Date of Birth:
MR #:	<i>Fecha nacimiento</i> :
Today's Date/ <i>Fecha hoy</i> :	Ophthalmology/ <i>Oftalmología</i>

I will truthfully answer all the following questions to the best of my knowledge. Spaces left blank will be understood (or interpreted) to mean "NO" or "negative".

Contestaré sinceramente todas las preguntas siguientes según mi conocimiento. Los espacios en blanco se comprenderá (o serán interpretados) que quieren decir "NO" o "negativo".

Patient Signature (parent/guardian for minor)	DATE
<i>Firma del paciente (padre/guardián de menor)</i> _____	<i>Fecha</i> _____

What is the reason for today's visit?
¿Cuál es la razón de su visita hoy? _____

<p>EYE HISTORY) <i>HISTORIAL VISUAL</i></p> <input type="checkbox"/> Glasses (<i>Lentes</i>) <input type="checkbox"/> Contact Lenses (<i>Lentes contacto</i>) <input type="checkbox"/> Cataract (<i>Cataratas</i>) <input type="checkbox"/> Corneal problems <i>Problemas córnea</i> <input type="checkbox"/> Glaucoma (<i>Glaucoma</i>) <input type="checkbox"/> Strabismus (crossed eyes) <i>Estrabismo (ojos cruzados)</i> <input type="checkbox"/> Retinal Detachment <i>Desprendimiento retina</i> <input type="checkbox"/> Eye Injury (<i>Lesión ocular</i>) <input type="checkbox"/> Macular Degeneration <i>Degeneración macular</i> <input type="checkbox"/> Diabetic retinopathy <i>Retinopatía diabética</i> <input type="checkbox"/> Laser Eye surgery <i>Cirugía láser del ojo</i> Other eye surgery: <i>Otra cirugía ocular:</i> _____ <input type="checkbox"/> Other/ <i>Otro</i> _____	<p>MEDICAL HISTORY <i>HISTORIAL MÉDICO</i></p> <input type="checkbox"/> Diabetes, if so how long <i>Diabetes, por cuánto tiempo</i> _____ <input type="checkbox"/> Cancer, if so what type <i>Cáncer, qué tipo</i> _____ <input type="checkbox"/> High Blood Pressure/ <i>Prestión arterial alta</i> <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <i>VIH/SIDA</i> <input type="checkbox"/> Thyroid disease/ <i>Enfermedad tiroides</i> <input type="checkbox"/> Anemia/Sickle Cell <i>Anemia/Células falciformes</i> <input type="checkbox"/> Migraine/ <i>Migraña</i> <input type="checkbox"/> Sleep Apnea/ <i>Apnea del sueño</i> <input type="checkbox"/> History of taking Flomax <i>Ha tomado Flomax</i> <input type="checkbox"/> Use of steroids/ <i>Uso de esteroides</i> <input type="checkbox"/> Raynaud's phenomenon <i>Fenómeno Raynaud</i> <input type="checkbox"/> Prior hemorrhage/blood transfusion <i>Hemorragia previa/transfusión sangre</i> <input type="checkbox"/> Other medical history not listed above: <i>Otro historial médico no mencionado:</i> _____ _____	<p>SOCIAL HISTORY: > 16 year old <i>HISTORIAL SOCIAL: > 16 años</i></p> <input type="checkbox"/> Single/ <i>Soltero</i> <input type="checkbox"/> Married / <i>Casado</i> <input type="checkbox"/> I live alone/ <i>Vivo solo</i> <input type="checkbox"/> I drive/ <i>Manejo</i> <input type="checkbox"/> Alcohol use/ <i>Uso alcohol</i> <input type="checkbox"/> Marijuana use/ <i>Uso mariguana</i> <input type="checkbox"/> History of IV drug use <i>Historial uso drogas por IV</i> <input type="checkbox"/> Never Smoker/ <i>Nunca fumó</i> <input type="checkbox"/> Past Smoker, quit <i>Fumé antes, dejé</i> _____ <input type="checkbox"/> Current Smoker <i>Fumo actualmente</i> cigarettes/day _____ <i>cigarrillos/día</i> _____
		<p>SOCIAL HISTORY--<16 year old <i>HISTORIAL SOCIAL: < 16 años</i></p> <input type="checkbox"/> Lives with: _____ <i>Vive con:</i> _____ <input type="checkbox"/> Favorite activity: _____ <i>Actividad favorita:</i> _____ <input type="checkbox"/> Grade in school: _____ <i>Curso escolar:</i> _____

FAMILY HISTORY / HISTORIAL FAMILIAR
 Eye problems (cataract, glaucoma, corneal problems, crossed eyes, macular degeneration):
Problemas de visión (cataratas, glaucoma, problemas de córnea, ojos cruzados, degeneración macular):

Diabetes High Blood Pressure Other family medical issues
Diabetes Presión arterial alta Otros problemas médicos familiares _____

Place patient label here if available	VCU Medical Center
Name/ <i>Nombre</i> : _____ Date of Birth: _____	MCV Hospitals and Physicians
MR #: _____ <i>Fecha nacimiento</i> : _____	Richmond, Virginia 23298
Today's Date/ <i>Fecha hoy</i> : _____	Ophthalmology/ <i>Oftalmología</i>

Primary Care Physician/Address

Médico de cabecera/Dirección _____

Referring physician /Address

Médico de referencia/Dirección _____

Last Eye Exam (Date/Doctor/Location)

Último examen de vista (Fecha/Doctor/Lugar) _____

Preferred Pharmacy/Address/Phone Number

Farmacia preferida/Dirección/Número teléfono _____

PEDIATRICS ONLY/USO PEDIATRICO

Immunizations up to date? Yes/ *Sí* No

¿Inmunizaciones actualizadas?

Premature birth? Yes/*Si* No

¿Parto prematuro?

Birth weight/*Peso al nacer* _____

Gestational age/*Edad gestacional* _____

FOR TESTING PURPOSES/FINES DE PRUEBAS

Height
Altura _____

Weight
Peso _____

Metal in body?
¿Metal en cuerpo? _____

ALLERGIES Allergies already documented in Cerner No allergies Latex allergy
ALERGIAS Alergias ya documentadas en Cerner Sin alergias Alergia al látex

Allergy/ <i>Alergia</i>	Reaction/ <i>Reacción</i>

MEDICATIONS Medications already documented in Cerner Medication list attached No medications
MEDICAMENTOS Alergias ya documentadas en Cerner Lista medicamentos adjunta Sin medicación

Medication name <i>Nombre medicamento</i>	Dose <i>Dosis</i>	How Often <i>Frecuencia</i>	Last dose Date/Time <i>Fecha última dosis/Hora</i>

Place patient label here if available	VCU Medical Center
Name/ <i>Nombre</i> :	Date of Birth:
MR #:	<i>Fecha nacimiento</i> :
Today's Date/ <i>Fecha hoy</i> :	Ophthalmology/ <i>Oftalmología</i>

Refraction (Exam for glasses)

Refracción (Examen para lentes)

Your medical insurance usually covers an eye examination based on your visual complaints and a medical diagnosis. However, very few medical insurance plans cover a “refraction” to determine whether your vision can be improved with glasses.

Su seguro médico normalmente cubre un examen de la vista basándose en su queja visual y en el diagnóstico médico. Sin embargo, muy pocos seguros médicos cubren una “refracción” para determinar si su visión puede mejorar con lentes.

A refraction is used as a medical tool to help determine if there is any vision loss and whether or not it is related to a medical condition. We will bill your insurance \$25.00 for this service. However, if it is not covered by your insurance, you will be responsible for payment.

Una refracción se usa como herramienta médica que ayuda a determinar si hay alguna pérdida de visión y si está relacionada con alguna condición médica. Le enviaremos la factura de \$25.00 a su seguro por este servicio. Sin embargo, si su seguro no lo cubre, usted será responsable del pago.

I have read the above information and understand that refraction is a non-covered service. I accept full financial responsibility for the cost of this service. My co-payment is separate from and not included in the refraction fee.

He leído la información anterior y comprendo que la refracción es un servicio que no se cubre. Acepto la total responsabilidad económica del costo de este servicio. Mi copago es aparte y no está incluido en el costo de la refracción.

This notice is good for one year from the date signed.

Esta notificación es válida por un año a partir de la fecha en que se firmó.

 Patient Signature (parent/guardian for minor)
 Firma del paciente (padre/guardián del menor)

 Date /Fecha

Place patient label here if available

Name/Nombre: _____ Date of Birth: _____

MR #: _____ Fecha nacimiento: _____

Today's Date/Fecha hoy: _____

VCU Medical Center

MCV Hospitals and Physicians

Richmond, Virginia 23298

Ophthalmology/Oftalmología

ADULT/ADULTO

If the patient is 18 years of age or older, please fill out the following. Si el paciente es mayor de 18 años, por favor complete el siguiente formulario.

<p>General Health / Salud general</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> excessive weight loss/gain <i>perdida/aumento excesivo de peso</i> <input type="checkbox"/> change in appetite <i>cambio del apetito</i> <input type="checkbox"/> fevers /chills <i>fiebre/escalofríos</i> <input type="checkbox"/> excessive sweating <i>exceso de transpiración</i> <input type="checkbox"/> weakness/fatigue <i>debilidad/fatiga</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p> <hr/> <p>Head/Ear/Nose/Throat <i>Cabeza/Oído/Nariz/Garganta</i></p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> headaches <i>dolor de cabeza</i> <input type="checkbox"/> hearing problems <i>problemas para oír</i> <input type="checkbox"/> ringing in ears <i>oír sonido de campanas</i> <input type="checkbox"/> ear infections or pain <i>infección de oído o dolor</i> <input type="checkbox"/> vertigo/dizziness <i>vértigo/mareo</i> <input type="checkbox"/> tooth ache/dental problems <i>dolor de muelas/problemas de los dientes</i> <input type="checkbox"/> bleeding from the gums or nose <i>sangrado de la encías o nariz</i> <input type="checkbox"/> throat pain/difficulty swallowing <i>dolor de garganta/ dificultad para tragar</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p> <hr/> <p>Respiratory/Breathing Problems <i>Respiración y problemas respiratorios</i></p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> cough <i>tos</i> <input type="checkbox"/> wheezing/asthma <i>silbido del pecho/asma</i> <input type="checkbox"/> cough producing sputum or blood <i>tos con secreción o sangre</i> <input type="checkbox"/> frequent colds/cough <i>frecuentes resfríos y tos</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p> <hr/> <p>Cardiovascular System <i>Sistema cardiovascular</i></p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> high blood pressure <i>aumento de la tensión arterial</i> <input type="checkbox"/> fainting <i>desmayo</i> <input type="checkbox"/> ankle/leg swelling <i>hinchazón de los tobillos o pierna</i> <input type="checkbox"/> palpitations or rapid heart beat <i>palpitaciones o latido del corazón rápido</i> <input type="checkbox"/> heart murmur <i>soplo del corazón</i> <input type="checkbox"/> heart attack <i>ataque al corazón</i> <input type="checkbox"/> difficulty breathing when lying flat <i>dificultad para respirar cuando esta acostado</i> <input type="checkbox"/> rheumatic fever <i>fiebre reumática</i> <input type="checkbox"/> chest pain <i>dolor de pecho</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p>	<p>Gastrointestinal / Gastrointestinal</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> excessive nausea/vomiting <i>nauseas o vómitos en forma excesiva</i> <input type="checkbox"/> blood in the stools or dark tarry stools <i>sangre en la material fecal o heces oscuras</i> <input type="checkbox"/> change in bowel habits <i>cambios en la regularidad de la evacuación</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p> <hr/> <p>Genital/Urinary / Genitourinario</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> pain with urination <i>dolor al orinar</i> <input type="checkbox"/> frequent urination <i>orinar frecuentemente</i> <input type="checkbox"/> blood in the urine <i>sangre en la orina</i> <input type="checkbox"/> discharge or sores in the genital area <i>secreciones o llagas en la zona genital</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p> <hr/> <p>Musculoskeletal / Musculo esqueleto</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> arthritis <i>artritis</i> <input type="checkbox"/> joint pains <i>dolores de las articulaciones</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p> <hr/> <p>Skin / Piel</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> rashes /hives <i>enrojecimiento</i> <input type="checkbox"/> easy bruising <i>formación de moretones con facilidad</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p> <hr/> <p>Neurological/Psychiatric <i>Neurológico/ Psiquiátrico</i></p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> weakness/numbness on one side of the body <i>debilidad/adormecimiento de una parte del cuerpo</i> <input type="checkbox"/> seizures <i>convulsiones</i> <input type="checkbox"/> loss of consciousness or stroke <i>pérdida del conocimiento o derrame cerebral</i> <input type="checkbox"/> psychiatric problems <i>problemas psiquiátricos</i> <input type="checkbox"/> depression <i>depresión</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p> <hr/> <p>Endocrine / Endocrino</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> unusual heat or cold sensitivity <i>sensibilidad inusual al calor o al frío</i> <input type="checkbox"/> change in voice/hair <i>cambio de la voz, cabello</i> <input type="checkbox"/> diabetes <i>diabetes</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p>
---	---

Place patient label here if available Name/Nombre: _____ Date of Birth: _____ MR #: _____ Fecha nacimiento: _____ Today's Date/Fecha hoy: _____	VCU Medical Center MCV Hospitals and Physicians Richmond, Virginia 23298 Ophthalmology/Oftalmología
--	--

PEDIATRIC/PEDIATRÍA For patients under 18 years of age, please fill out the following and write any explanations in the space provided. *Para pacientes menores de 18 años de edad. Por favor complete este formulario y dé explicaciones donde sea necesario.*

<p>YES NO Birth History Si No Antecedentes natales</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> the patient was born premature <input type="checkbox"/> full term <input type="checkbox"/> el paciente nació prematuro 9 meses</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pregnancy complications? ¿Tuvo alguna complicación durante el embarazo?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p>	<p>Gastrointestinal / Gastrointestinal</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> frequent nausea/vomiting <i>nauseas o vómitos frecuentes</i> <input type="checkbox"/> diarrhea /constipation <i>diarrea/estreñimiento</i> <input type="checkbox"/> abdominal pain <i>dolor de estómago</i> <input type="checkbox"/> bloody bowel movements <i>sangre en la material fecal</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p>
<p>General Health / Salud general</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> excessive weight loss/gain <i>pérdida/aumento excesivo de peso</i> <input type="checkbox"/> change in appetite <i>cambio del apetito</i> <input type="checkbox"/> fevers /chills <i>fiebre/chuchos de frío</i> <input type="checkbox"/> weakness/fatigue <i>debilidad/fatiga</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p>	<p>Genital/Urinary / Genitourinario</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> frequent urination <i>orinar frecuentemente</i> <input type="checkbox"/> blood in the urine <i>sangre en la orina</i> <input type="checkbox"/> urinary infection <i>infección urinaria</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p>
<p>Head/Ear/Nose/Throat Cabeza/Oído/Nariz/Garganta</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> headaches <i>dolor de cabeza</i> <input type="checkbox"/> hearing problems <i>problemas para oír</i> <input type="checkbox"/> ear infections or pain <i>infección de oído o dolor</i> <input type="checkbox"/> bleeding from the gums or nose <i>Sangrado de la encías o nariz</i> <input type="checkbox"/> teeth problems <i>problemas de los dientes</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p>	<p>Musculoskeletal / Musculosqueleto</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> muscle pains <i>dolores musculares</i> <input type="checkbox"/> joint pains <i>dolores de las articulaciones</i> <input type="checkbox"/> abnormal walking <i>caminar con dificultad</i> <input type="checkbox"/> curved spine (scoliosis) <i>columna desviad/escoliosis</i> <input type="checkbox"/> broken bones <i>quebradura huesos</i> <input type="checkbox"/> swollen glands <i>hinchazón de las glándulas</i> <input type="checkbox"/> twisting of the neck (torticollis) <i>cuello torcido/tortícolis</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p>
<p>Respiratory/Breathing Problems Respiración y problemas respiratorios</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> cough <i>tos</i> <input type="checkbox"/> wheezing/asthma <i>silbido del pecho/asma</i> <input type="checkbox"/> frequent colds/cough <i>frecuentes resfríos y tos</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p>	<p>Skin / Piel</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> rashes /hives <i>enrojecimiento/urticaria</i> <input type="checkbox"/> easy bruising <i>que se formen moretones con facilidad</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p>
<p>Neurological/Developmental / Neurológico/ Desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> Attention deficit disorder <i>trastorno por déficit de atención</i> <input type="checkbox"/> behavioral problems <i>problemas de comportamiento</i> <input type="checkbox"/> seizures <i>convulsiones</i> <input type="checkbox"/> developmental delay <i>retraso del desarrollo</i> <input type="checkbox"/> speech difficulties <i>retraso o dificultad del habla</i> <input type="checkbox"/> reading difficulties/delays <i>retraso o dificultades en la lectura</i> Does the child receive therapy <i>¿El niño recibe terapia?</i> <input type="checkbox"/> PT/terapia física <input type="checkbox"/> OT/terapia ocupacional <input type="checkbox"/> speech therapy/terapia del habla <input type="checkbox"/> vision therapy/terapia de los ojos <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p>	<p>Cardiovascular System / Sistema cardiovascular</p> <p><input type="checkbox"/> No problems <i>no hay problemas</i> <input type="checkbox"/> shortness of breath or difficulty breathing <i>falta de aire o dificultad para respirar</i> <input type="checkbox"/> irregular or fast heart beat <i>palpitaciones o latidos del corazón rápidos</i> <input type="checkbox"/> fainting / desmayos <input type="checkbox"/> "spells of turning blue" (Cyanosis) <i>ponerse azulado, cianosis</i> <input type="checkbox"/> Other/otro: _____</p>
<p>Yes Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has your child ever been hospitalized? <i>¿Han internado a su hijo/a alguna vez?</i> If yes, explain/explique _____</p>	<p>Contagious Diseases: during the last 30 days has your child been exposed to any contagious disease (measles, chicken pox, etc.)? <i>Enfermedades contagiosas: ¿ha sido su niño expuesto a alguna de las enfermedades contagiosas (varicela, paperas, etc) en los últimos 30 días?</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si If yes, list /Si, cuáles: _____</p>