



Nuevos Formularios de Pacientes

Informacion del Paciente			
Nombre:		Fec. Nac. (M-D-A): - -	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	SSN: - -
Telefono de Casa : () -	Telefono Movil: () -	Telefono de Trabajo: () -	
Sexo: [] Hombre [] Hembra	Estado Civil:	Correo Electronico:	
Informacion de Contacto en caso de Emergencia			
Nombre:		Relacion:	Telefono: () -
Medico/ Informacion de Referencia			
Medico de atencion primaria :		Telefono: () -	
Medico Referente :		Telefono: () -	
Informacion del Establecimiento			
Nombre del Establecimiento:			
Centro de Enfermeria Especializada: [] Sí [] NO		Hospicio: [] Sí [] NO	
Direccion del Establecimiento:			
Persona Financieramente Responsable (Si no Paciente)			
Nombre:			
Dirección:			
Relacion:		Fec. Nac. (M-D-A): - -	SSN: - -

POR FAVOR PARE en el mostrador de salida antes de salir de nuestra oficina. Los pagos por servicios prestados son debidos el mismo día de servicio. Como parte de nuestros servicios, presentaremos sus reclamaciones de seguro. Seguros / Arreglos financieros deben hacerse con nuestro Departamento de Relaciones con el Paciente antes de inyecciones, láseres o cirugías.

PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DECLARACIÓN:

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo de seguro y también ASIGNO al MÉDICO todos los pagos de MEDICARE y / o de otro (s) proveedor (es) de seguros por los servicios prestados. Entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores.

DERECHOS DE PRIVACIDAD Y ATRIBUCIONES PARA DIVULGACIÓN DE HIPAA O INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

Tengo listas las declaraciones de derechos y autorización de HIPAA y doy mi consentimiento para la divulgación de mis expedientes médicos relacionados con el tratamiento.

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente Impreso

Nombre del Representante del Paciente Impreso y Relación con el Paciente (Si está Presente)



MÉDICOS - ACUERDO DE ARBITRAJE DEL PACIENTE

Artículo 1: Acuerdo de Arbitraje: Se entiende que toda controversia sobre negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato son innecesarios o no autorizados o se han realizado de manera inapropiada, negligente o incompetente, se determinará mediante la presentación al arbitraje Según lo dispuesto por la ley de California, y no ser una demanda o recurrir a un proceso judicial, excepto como la ley de California prevé la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes en este contrato, al entrar en él, están renunciando a sus derechos constitucionales para que cualquier disputa sea decidida ante un tribunal ante un jurado, y en su lugar están aceptando el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las Reclamaciones deben ser Arbitradas: Es la intención de las partes que este acuerdo obliga a todas las partes cuyas reclamaciones pueden surgir del tratamiento o servicio proporcionado por el médico incluyendo cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier niño, Ya sea nacido o no nacido, en el momento de la ocurrencia que da lugar a cualquier reclamación. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" en el presente documento significará tanto la madre como el hijo o los hijos esperados.

Todas las reclamaciones por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el médico y las partes, asociados, asociaciones, socio o sociedades de médicos, y los empleados, agentes y propiedades de cualquiera de ellos deben ser objeto de arbitraje incluyendo, sin limitación, reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte ilícita, angustia emocional o daños punitivos. La presentación de cualquier acción en cualquier tribunal por parte del médico para recaudar cualquier honorario del paciente no renunciará al derecho de exigir el arbitraje de cualquier reclamación por mala práctica. Sin embargo, a raíz de la afirmación de cualquier reclamación contra el médico, cualquier disputa de tarifas, sea o no el objeto de cualquier acción judicial existente, también se resolverá mediante arbitraje.

Artículo 3: Procedimientos y derecho aplicable: La demanda de arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro del partido) dentro de los treinta días y un árbitro tercero (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días de la demanda de un árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte en el arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, así como otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir los honorarios de los abogados o testigos u otros gastos incurridos por el Una parte para el beneficio propio de esa parte. Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de un funcionario judicial de responsabilidad civil cuando actúan en calidad de árbitros bajo este contrato. Esta inmunidad complementará, no suplantarán, cualquier otra ley estatutaria aplicable. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños y perjuicios, previa solicitud por escrito al árbitro neutral.

El consentimiento de las partes a la intervención y la juntura en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otra manera sería una parte adicional apropiada en una acción judicial, y sobre tal intervención y juntura cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional será suspendida Pendiente de arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley de California aplicables a los proveedores de atención médica se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero no limitado a,



las Secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y las Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier parte podrá presentar ante los árbitros una moción de sentencia sumaria o sumario de acuerdo con el Código de Procedimiento Civil. El descubrimiento se llevará a cabo de conformidad con el artículo 1283.05 del Código de Procedimiento Civil; Sin embargo, las deposiciones pueden ser tomadas sin la aprobación previa del árbitro neutral.

Artículo 4: Disposiciones Generales: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Una reclamación se renunciará y se le prohibirá para siempre si (1) en la fecha en que se recibe la notificación, la reclamación, si es evaluada en una acción civil, sería prescrito por la ley aplicable de California, o (2) el demandante no persigue La demanda de arbitraje de acuerdo con los procedimientos aquí prescritos con diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto no aquí expresamente previsto, los árbitros se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil de California relativas al arbitraje.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado por notificación escrita entregada al médico dentro de los 30 días de su firma. Es la intención de este acuerdo para aplicar a todos los servicios médicos prestados en cualquier momento para la condición.

Artículo 6: Efecto Retroactivo: Si el paciente pretende que este contrato cubra los servicios prestados antes de la fecha en que se firme (incluyendo, pero no limitado a, tratamiento de emergencia), el paciente debe comenzar directamente abajo y este acuerdo será considerado efectivo a la fecha De los primeros servicios médicos:

_____ Iniciales del paciente o representante del paciente

Si alguna cláusula de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inaplicable, las demás disposiciones permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la nulidad de ninguna otra disposición.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Por mi firma abajo, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED ESTÁ ACEPTANDO TENER CUALQUIER EMBLEMA DE LA MALPRATIDA MÉDICA DECIDIDA POR ARBITRAJE NEUTRAL Y USTED ESTÁ DANDO SU DERECHO A UN JURADO PARA TRIBUNAL. VER ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente Impreso

Nombre del Representante del Paciente Impreso y Relación con el Paciente (Si está Presente)

Firma del Médico o Representante Autorizado

Fecha



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica sobre usted. Creamos un registro de los cuidados y servicios que recibe. Necesitamos este registro para brindarle calidad de atención y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por esta empresa. ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED. POR FAVOR, REVISARLO CON CUIDADO.

Las siguientes categorías describen diferentes maneras de usar y divulgar información médica. No todos los usos o divulgaciones en una categoría serán listados. Sin embargo; Todas las maneras en que se nos permite usar y revelar información caerán dentro de una de las categorías.

1. Tratamiento: Utilizaremos la información médica para proporcionar su atención médica. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores de atención médica que proporcionarán servicios que no proporcionamos.
2. Alternativas de tratamiento: Podemos usar y revelar información médica para informarle o recomendar posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de interés para usted.
3. Pago: Usaremos la información médica para obtener el pago por los servicios que proporcionamos.
4. Operaciones de atención médica: Podemos usar información médica para operar nuestra práctica médica. Por ejemplo, podemos usar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la calidad y competencia de nuestro personal profesional.
5. Recordatorios de citas: Podemos usar y revelar información médica para contactar y recordarle acerca de citas. No proporcionaremos ninguna información médica al dejar mensajes.
6. Hoja de Inicio de Sesión: Podemos usar y revelar información médica acerca de usted al hacer que se firme cuando llegue a nuestra oficina. También podemos llamar tu nombre cuando estemos listos para verte.
7. Correo electrónico: Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico.
8. Comercialización: Podemos comunicarnos con usted para darle información sobre productos y servicios relacionados con su tratamiento, manejo de casos o coordinación de atención.
9. Requerido por la ley: Según lo requerido por la ley, usaremos y revelaremos su información médica, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a los requisitos pertinentes de la ley. Es posible que a veces se le exija divulgar su información de salud a un oficial de la ley con el propósito de identificar o localizar a un sospechoso fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
10. Procedimientos Judiciales y Administrativos: Podemos, y a veces requerimos por ley, revelar su información de salud durante procedimientos administrativos o judiciales en la medida en que lo autorice expresamente un tribunal o una orden administrativa.
11. Salud pública: Podemos, y algunas veces requerimos por ley, divulgar su información de salud a las autoridades de salud pública con propósitos relacionados con: Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; Reportar abuso o negligencia de niños, ancianos o adultos dependientes; Denunciar la violencia doméstica; Reportando a la FDA problemas con los productos, las reacciones a los medicamentos, y la divulgación de la enfermedad o la exposición a la infección.



12. Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Podemos revelar información médica sobre usted (aplicable sólo a los pacientes del estudio) a la FDA o a una entidad regulada por la FDA, por ejemplo, reportar un evento adverso o un defecto relacionado con un medicamento o dispositivo médico.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Otros usos y divulgación de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán solamente con su permiso por escrito. Si usted nos da permiso para usar o revelar información médica acerca de usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted por los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos retirar ninguna revelación que ya hemos hecho con su permiso, y que debemos conservar nuestros registros del cuidado que le proporcionamos.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la notificación revisada o modificada para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Este aviso contendrá la fecha efectiva.

QUEJAS

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el Retina Institute of California o con Acuity Eye Specialists por correo o por correo electrónico al Oficial de Privacidad en PrivacyOfficer@retina2020.com. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

INFORMACIÓN RELATIVA A LAS GOTAS DILATANTES DEL OJO

Las gotas dilatadoras se utilizan para dilatar o agrandar las pupilas del ojo para permitir que el oftalmólogo consiga una mejor vista del interior de su ojo.

Las gotas dilatantes frecuentemente difuminan la visión durante un período de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que le moleste las luces brillantes. El oftalmólogo no puede predecir cuánto afectará su visión. Debido a que la conducción puede ser difícil inmediatamente después de un examen, lo mejor es planear de antemano para evitar conducir después.

Las reacciones adversas, como el glaucoma agudo de cierre angular, pueden desencadenarse a partir de las gotas dilatantes. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata. Por la presente autorizo al médico que estoy visitando y a los asistentes designados por él / ella a administrar colirios dilatantes. Entiendo que las gotas dilatantes del ojo son necesarias para diagnosticar mi condición.

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente Impreso

Nombre del Representante del Paciente Impreso y Relación con el Paciente (Si está Presente)



POLÍTICA FINANCIERA DE LA OFICINA

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación entre medico y paciente. Dejarle saber antes de nuestra política de la oficina permite un buen flujo de la comunicación y nos permite alcanzar nuestra meta. Por favor, lea cuidadosamente y si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar a un miembro de nuestro personal.

1. Al llegar, por favor firme en la recepción y presente su tarjeta de seguro actual en cada visita. Se le pedirá firmar y fechar la copia del archivo de la tarjeta. Esta es su verificación del seguro correcto y el consentimiento para facturarlos. SI LA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE USTED DESIGNA ES INCORRECTA, USTED SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE LA VISITA Y PRESENTAR LOS CARGOS AL PLAN CORRECTO.
2. De acuerdo con su plan de seguro, usted es responsable de todos y cada uno de los copagos, deducibles y coseguros.
3. Es su responsabilidad entender su plan de beneficios. Es su responsabilidad saber si se requiere una referencia o autorización por escrito para ver a especialistas, si se requiere preautorización antes de un procedimiento y qué servicios están cubiertos.
4. Si nuestros médicos no participan en su plan de seguro, el pago completo se espera de usted en el momento de su visita a la oficina. Para citas programadas, los saldos previos deben ser pagados antes de la visita.
5. Si no tiene seguro, el pago de una visita a la oficina debe ser pagado en el momento de la visita.
6. Los co-pagos son debidos al momento del servicio. Se cobrará una tarifa de procesamiento (o cuota de servicio) además de su copago si el copago no se paga en el momento del servicio o al final del siguiente día hábil.
7. Los saldos de los pacientes se facturan inmediatamente al recibir la explicación de los beneficios de su plan de seguro. Su remesa es debida dentro de 10 días hábiles de su recibo de su factura.
8. No todos los servicios proporcionados por nuestra oficina están cubiertos por cada plan. Cualquier servicio determinado a no estar cubierto por su plan será su responsabilidad.

He leído y entiendo esta política financiera de la oficina y estoy de acuerdo en cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que se vence como se indica anteriormente.

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente Impreso

Nombre del Representante del Paciente Impreso y Relación con el Paciente (Si está Presente)



AVISO DE SEGURO / DIFERENCIA DE CO-PAGO

Reconozco que si mi seguro no cubre los servicios que recibo, seré responsable de pagar por los servicios que he obtenido. Entiendo que es mi responsabilidad notificar al Retina Institute of California (RIC) o Acuity Eye Specialists (AES) de cualquier cambio en mi seguro. Entiendo que si no notifico a RIC o AES de cualquier cambio en mi seguro, seré responsable por los servicios prestados y recibiré una factura por correo. Entiendo que si mi seguro no paga el saldo completo por los servicios que he recibido, seré responsable de cualquier saldo restante o monto de copago.

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente Impreso

Nombre del Representante del Paciente Impreso y Relación con el Paciente (Si está Presente)

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Por favor entienda que reservamos tiempo para cada paciente. Si no llama para cancelar su cita con al menos 24 horas de anticipación, puede estar sujeto a una cuota de cancelación de \$25. Gracias por su cooperación.

He leído y entiendo esta política de cancelación de la oficina y estoy de acuerdo en cumplir y aceptar la responsabilidad por cualquier pago que se vence como se describe arriba.

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente Impreso

Nombre del Representante del Paciente Impreso y Relación con el Paciente (Si está Presente)



HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

MEDICAMENTOS, ALERGIAS, CIRUGIAS

¿Alergias a medicamentos? [] Sí [] NO	¿Cirugías? [] Sí [] NO
Si la respuesta es Sí a Alergias a medicamentos, liste todos los medicamentos y reacciones en el espacio proporcionado a continuación. (EX: penicilina, fármacos Sulfa, AINEs, etc.)	Si la respuesta es Sí a Cirugías, haga una lista de todas las cirugías a continuación. (EG: amigdalectomía, apendicectomía, catarata, etc.)

HISTORIA MÉDICA PASADA

¿Alguna vez ha sido hospitalizado? [] Sí, porfavor especificar la fecha y el motivo a continuación. [] NO	
Fecha	Razón

¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones? (Marque cualquiera que aplique)

<input type="checkbox"/> Alta presion <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> Cáncer (especifique a continuación) <input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Coto <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones) <input type="checkbox"/> Estómago o úlcera péptica <input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> VIH / SIDA
---	---	--

Otras Condiciones Médicas:

HISTORIA SOCIAL

(Marque cualquiera que aplique)

<input type="checkbox"/> Fumar, _____ paquetes por día, por _____ años. <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas ilícitas, especifique: _____, _____, _____, _____
--



EXAMEN GENERAL DEL PROBLEMA

En el último mes, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas? (Marque cualquiera que aplique)

<p>General</p> <input type="checkbox"/> Ganancia de peso reciente <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos	<p>Garganta</p> <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de garganta <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Dificultad para comer <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula	<p>Estómago e Intestinos</p> <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Acidez <input type="checkbox"/> Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Ictericia amarilla <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea persistente <input type="checkbox"/> Sangre en los heces <input type="checkbox"/> Heces negras	<p>Orejas</p> <input type="checkbox"/> Sonando en los oídos <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición
<p>Músculo / Articulaciones / Huesos</p> <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Inflamación de articulaciones	<p>Corazón y pulmones</p> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Piernas / pies hinchados <input type="checkbox"/> Tos	<p>Sistema nervioso</p> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Desmayo / Pérdida de Conciencia <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria	<p>Sangre</p> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Coágulos
<p>Ojos</p> <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Rojez <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Visión doble / borrosa <input type="checkbox"/> Sequedad	<p>Piel</p> <input type="checkbox"/> Rojez <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Nódulos / Bultos <input type="checkbox"/> Perdida de cabello <input type="checkbox"/> Cambios de color de las manos o los pies	<p>Riñón / Genital / Vejiga</p> <input type="checkbox"/> Micción frecuente / dolorosa <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Impotencia <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Infecciones	<p>Psiquiátrico</p> <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Cambios de humor <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Alucinaciones <input type="checkbox"/> Desorientación

HISTORIA FAMILIAR

¿Se ha diagnosticado un miembro de su familia con alguno de los siguientes problemas? (Marque cualquiera que aplique)

<p>Padre</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Otros: _____	<p>Hermano</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Otros: _____	<p>Hijo</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Otros: _____
<p>Madre</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Otros: _____	<p>Hermana</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Otros: _____	<p>Hija</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Otros: _____