

INFORMACIÓN DEL PACIENTE



FECHA: _____

Por favor imprima

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
TÍTULO	NOMBRE		
Sr. Sra. Otro _____	Apellido _____	Primer Nombre _____	MI _____
DIRECCIÓN	Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____ Zip Code _____
NÚMERO DE TELÉFONO	Casa () _____	Cell/Trabajo () _____	Correo Electrónico _____
FECHA DE NACIMIENTO / /	EL SEXO <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	PACIENTE SS# / /	Ocupación
FIRMA DEL PACIENTE (Padre / Guardian si <18 años) _____			

INFORMACIÓN DEL SEGURO	
Vision Ins. _____	Medical Ins. _____
Relación a el asegurado: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro _____	
<i>(Si es diferente de uno mismo)</i>	
Nombre _____	D.O.B. ____ / ____ / ____ SS# ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN MÉDICA

Razón de la visita: _____

HISTORIAL DE SALUD OCULAR

Usas anteojos? Si No

¿Con qué frecuencia?

- Todo el día Leyendo
 Manejando Televisión
 Computadora De vez en cuando

Usas lentes de contacto? Si No

Si?:

Que tipo: Soft Gas Perm

Horas al día: _____

¿Con qué frecuencia duermes en ellos? _____

¿Con qué frecuencia se reemplaza? _____

Marque la caja junto a cualquiera de estos síntomas que haya tenido:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Visión borroso de lejo | <input type="checkbox"/> Ardor en los ojos |
| <input type="checkbox"/> Visión borroso de cerca | <input type="checkbox"/> Descarga |
| <input type="checkbox"/> A pérdida la visión | <input type="checkbox"/> Ojos que pican |
| <input type="checkbox"/> Sombras/Puntas | <input type="checkbox"/> Sensible a la luz |
| <input type="checkbox"/> Rayos de luz | <input type="checkbox"/> Ver halos |
| <input type="checkbox"/> Fatiga visual | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Herida de ojo |
| <input type="checkbox"/> Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Visión doble |
| <input type="checkbox"/> Ojos llorosos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

HISTORIA GENERAL DE SALUD

Última revisión médica?: _____

Medicamentos que tomas: _____

Alergias a medicamentos: _____

Marque la caja si usted y / o su familiar tiene las siguientes condiciones:

Condición	Yo	Familia
AIDS/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirujía de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo vago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retina desprendida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque de apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos virado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro: _____

Estas embarazada: Si No

Usas tabaco: Si No

Tomas alcohol: Si No

Usas drogas: Si No