

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

La siguiente informacion los permite ofrecerle el mejor cuidado posible.

Fecha de hoy: _____

Nombre: Sr Sra Srta Dr _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ C. Postal _____

Telefono: (casa) _____ (trab) _____ (cell) _____

e-mail _____

Estado matrimonial: (por favor circule) S C D V

Madre Padre # Seguro Social: _____ - _____ - _____

Madre Padre # Licencia de Manejar _____

Ocupacion (o grado) _____

Nombre de compania (o escuela) _____

Contacto de Emergencia: _____

y telefono #(s): _____

A quien podemos darle gracias por averlo referido a nuestra oficina? _____

Familiares viviendo en casa: (lista nombre y edad)

HISTORIA de OJO / VISTA

Usted experiencia, o a experimentado...

1. Vista borrosa, a perdido la vista, o doble vista? No Si

2. Sensitivo a la luz? (circule) No Si

afuera trabajo manejando en la noche otro

3. Ojos con secos / arden / adoloridos? No Si

4. Ojos llorosos o laganas? No Si

5. Ojos con comezon? No Si

6. Ojos rojos o infecciones en el Parparos? No Si

7. Puntos flotantes en la vista? No Si

8. Dolor de cabeza? No Si

Cuantas horas al dia usa (en casa, trabajo, y/o escuela)

Computadora _____ Laptop _____ Tablet (iPad) _____

Por favor liste **deportes** que juega _____

Por favor liste **pasatiempos** _____

Ha usado lentes de contactos anteriormente? No Si

Que tipo? _____

Esta interesado en usar lentes de contacto ahorita? No Si

Esta interesado en LASIK? No Si

Le gustarian lentes mas livianos y delgados? No Si

Tiene usted otro par de lentes? No Si

Tiene lentes para el sol? (circule) **con** o **sin** receta, o **no**

Por favor lisea alguna otra preocupacion que tenga acerca de sus ojos. _____

HISTORIA MEDICA PERSONAL / FAMILIAR

Usted o su familia tienen: (por favor circule)

Artritis Usted Padres Hermanos Ninos No

Cancer Usted Padres Hermanos Ninos No

Diabetis Usted Padres Hermanos Ninos No

Enferm. de corazon Usted Padres Hermanos Ninos No

Alta presion..... Usted Padres Hermanos Ninos No

Enferm. de la piel Usted Padres Hermanos Ninos No

Tiroides Usted Padres Hermanos Ninos No

Asthma Usted Padres Hermanos Ninos No

Allergias..... Usted Padres Hermanos Ninos No

Enferm. del ojo Usted Padres Hermanos Ninos No

Dano del ojo..... Usted Padres Hermanos Ninos No

Cirurgia al ojo Usted Padres Hermanos Ninos No

Ojo flojo Usted Padres Hermanos Ninos No

Cataratas Usted Padres Hermanos Ninos No

Glaucoma Usted Padres Hermanos Ninos No

Mac. degeneracion Usted Padres Hermanos Ninos No

Ceguera..... Usted Padres Hermanos Ninos No

Otro (por favor liste) _____

Por favor liste si a estado en el hospital, cirugia, o a tenido lastimaduras _____

Esta enbarasada o dando pecho? n/a No Si

Doctor Primario: _____

Especialista: _____ para _____

Especialista: _____ para _____

➔ **He llenado/revisado la lista de medicamentos que uso al diario** _____ (por favor inicial)

Es usted alergico a algunas medicaciones? No Si

Por favor liste _____

HISTORIA SOCIAL PERSONAL

Uste usa productos de tabacco? No Si

Uste usa bebidas alcoholicas? No Si

Uste usa drogas ilegales? No Si

* * * * *

Como pagara su cuenta hoy?

Por favor circule Efectivo Cheque Credito

Yo asigno todo los beneficios de mi aseguranza a los Doctores del Grupo de Optometrista Familiar, tambien entiendo que soy responsable de los cargos que no cubre mi aseguranza, y cualquier cargo del servicio (18%).

M P Abuela/o Firma _____