

**OPTOMETRIC CARE ASSOCIATES
BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA**

Cual es la razon de su visita el dia de hoy? _____

Quien es su doctor familiar? _____ Cual es su estatura? _____ Cual es su peso? _____

Tiene algun problema de salud? Si No Si es si, Cuales son? _____

Es Diabetico? Si No Cuanto tiempo ha sido diabetico? _____ Cual fue su ultimo nivel de A1C? _____

Lista de medicamentos reciente (Si tiene una escrita, decela a la recepcionista para que haga una copia):

Tiene alergias a algun medicamento? Si No Si es si, porfavor escribalos: _____

Usa gotas para sus ojos? Si No Si es si, porfavor escriba los nombres: _____

Esta contento con sus lentes? Si No Esta contento con sus lentes de contacto? Si No

Fuma actualmente? Si No Alguna vez fumo en el pasado? Si No

Alguna vez a usado narcoticos o drogas ilegales? Si No Toma Alcohol? Si No

Ha tenido cirugia de cataratas? Si No Lasik R L Alguna otra cirugia de los ojos? _____

HISTORIA FAMILIAR

Algun familiar de sangre ha tenido alguna de estas Enfermedades?

ENFERMEDAD	QUIEN?	ENFERMEDAD	QUIEN?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades del Corazon	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cataratas	_____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alta presion	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Glaucoma	_____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetis	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Degeneracion macular	_____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cancer	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ceguera	_____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Derrame cerebral	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ambliopia "Ojo perezoso	_____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alguna otra enfermedad	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alguna otra enfermedad de los ojos	_____

Contactarme a mi correo electronico: _____ Celular/Texto _____ - _____

Estoy interesado en mas informacion sobre: Lasik. Contactos Bifocales.
 Lentes sin reflejos. Lentes digitales (todas las distancias). Nutricion para la salud del ojo.
 Relacion de la vista en problemas de aprendizaje. Desarrollo visual en los ninos.

Gracias por elegir nuestra oficina para el cuidado de su vista. Porfavor complete el cuestionario que recibira en su correo electronico. Nuestra meta es su completa satisfaccion.

Solo Para Uso De La Oficina:

Dilation Medical Optos Selfpay Optos Contact service charge