

WELCOME TO BLOUNT  
COUNTY EYE CENTER



BIENVENIDO A BLOUNT  
COUNTY EYE CENTER

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Patient Name / Nombre del Paciente (Last / Último) \_\_\_\_\_ (First / Primero) \_\_\_\_\_ Date of Birth / Fecha D Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address / Dirección \_\_\_\_\_ City / Ciudad \_\_\_\_\_ State / Estado \_\_\_\_\_ Zip Code / Código Postal \_\_\_\_\_

Preferred Phone Number / Número de Telefono Preferido (Home / Casa) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (Cell / Celular) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Referred By / Referido Por \_\_\_\_\_ Email Address / Correo Electronico \_\_\_\_\_

INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Plan Name / Nombre del Plan \_\_\_\_\_ Group / Grupo \_\_\_\_\_ Insured Date of Birth / Fecha de Nacimiento del Segurado/a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Insured Name / Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Insured ID# / Número de ID de la Aseguranza \_\_\_\_\_

MEDICAL OR OCULAR HISTORY / HISTORIAL MÉDICO O OCULAR

What Is The Reason For Today's Visit? / ¿Cuál es el Motivo de la Visita de Hoy? \_\_\_\_\_

Do You Wear Glasses? / Usas Lentes?  Yes / Si  No How Old Are Your Glasses? / Cuantos Anos Tienen Tus Lentes? \_\_\_\_\_

Date Of Last Exam / Fecha del Último Examen \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ From Doctor / Del Doctor \_\_\_\_\_

Do Any Of Your Blood (Parents, Grandparents, or Siblings) Have Any of These Conditions? / ¿Alguna de su Sangre (Padres, Abuelos, o Hermonos) Tiene Alguna de Estas Afecciones?

- |  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                      | <input type="checkbox"/> Heart Disease<br>Enfermedad Del Corazón | <input type="checkbox"/> Glaucoma                                   | <input type="checkbox"/> Eye Surgery<br>Cirurgia de Ojo    | <input type="checkbox"/> Frequent Headaches<br>Dolores de Cabeza Frecuentes |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure<br>Alta Presion Sanguinea | <input type="checkbox"/> Asthma<br>Asma                          | <input type="checkbox"/> Cataracts<br>Cataratas                     | <input type="checkbox"/> Eye Injuries<br>Lesiones Oculares | <input type="checkbox"/> Are You Pregnant?<br>Estas Embarazada?             |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Problems<br>Problemas Tiroideos       | <input type="checkbox"/> Cancer<br>Cáncer                        | <input type="checkbox"/> Retinal Disease<br>Enfermedad de la Retina | <input type="checkbox"/> Double Vision<br>Vision Doble     | <input type="checkbox"/> Eyes Been Dilated?<br>Ojos Dilatados?              |

Primary Care Doctor / Medico de Atencion Primaria \_\_\_\_\_



# BLOUNT COUNTY EYE CENTER

New Patient / Nuevos Pacientes

**1** How long has it been since your last eye exam?  
Cuánto tiempo ha pasado desde su ultimo exam?

---

**2** Do you wear glasses or contacts?  
Usas lentes o lentes de contacto?

Yes / Sí  No  Both / Ambos  Neither / Ninguno

**3** Has your vision changed since your last exam?  
Ha cambiado su vision desde su ultimo examen?

Yes / Sí | If yes,  Near  Distance  
 No | En caso afirmativo  Cerca  Distancia

**4** Have you ever had any eye surgery/injuries of the eyes?  
Alguna vez ha tenido alguna otra cirugia/lesión en los ojos?

Yes / Sí | If yes, explain. / En caso afirmativo, explicar.  
 No | \_\_\_\_\_

**5** Do any of these apply to you?  
Alguna de estos se aplica a usted?

Itching / Comezon  Discharge / Descarga  Eye Lid Pain / Dolor de Párpado  Bleeding / Sangria  
 Burning / Ardiente  Allergies / Alergias  Eye Turn / Vuelta de Ojo  Dryness / Sequedad  
 Pain / Dolor  Squinting / Ojos Entrecerrados  Flashes of Lights / Destellos de Luz  
 Floaters / Flotadores  Headaches / Dolores de Cabeza  Rosacea / Rosácea  
 Irritation / Irritacion  Twitching / Espasmódicos  Excessive Blinking / Parpadeo Excesivo

**6** Have you ever been diagnosed with any eye disease / condition such as...  
Alguna vez te han diagnosticado alguna enfermedad / condición ocular como...

Glaucoma  High Blood Pressure / Alta Presion Sanguinea  Cancer / Cáncer  
 Cataracts / Cataratas  Macular Degeneration / Degeneration Macular  Diabetes

**7** Are you taking medication on a daily basis?  
Esta tomando algún medicamento a diario?

---

**8** Allergic to any medication?  
Alérgico a cualquier medicamento?

---

**9** Height:  
Altura:

Feet and / Ples y \_\_\_\_\_ inches / pulgadas \_\_\_\_\_

Weight / Pesola \_\_\_\_\_

**10** Are you using eye drops?  
Estes usando gotas para los ojos?

Prescription / Prescrito  
 Over the Counter / En el Mostrador

**11** Do you have any additional questions?  
Tienes preguntas adicionales?

---

---

---