

BIENVENIDO A LA OFICINA!

Fecha de Hoy _____
 Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Cod. Postal _____
 Teléfono de Casa _____
 Teléfono de Trabajo _____
 Teléfono de Celular _____
 # de Seguro Social _____ - _____ - _____
 Empleador (o Escuela) _____
 Ocupación (o Grado) _____
 Nombre del Esposo(a), o Padre _____
 Trabajo del Esposo(a), o Padre _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo M F
 E-mail _____
 ¿Cuál es la razón primordial de su visita?

 Planea usted comprar espejuelos hoy? Si ___ No ___

USTED ... (marque todas las que apliquen)

- Trabaja usando computadoras?
- Piensa que se podría beneficiar con anteojos mas delgados y ligeros?
- Tiene interés en usar lo ultimo en lentes de contacto?
- Pasa tiempo al aire libre? _____ horas/semana
- Tiene anteojos o gafas con receta?
- Prefiere no usar sus gafas en ciertas ocasiones?
- Quisiera tener mas información acerca de la cirugia laser para corrección visual?
- Tiene interés en una corrección visual sin cirugia?
- Tiene mas de un par de anteojos con receta?
- Tiene hijos?
- Tiene familiares que necesitan cuidado de los ojos?
- Usas bifocales? _____ Te molesta la linea de separación o el bajar de la cabeza? _____
- Usas lentes de contacto? _____

INFORMACIÓN

Seguro de Visión _____
 Nombre del asegurado _____
 # Social del asegurado _____
 Fecha de nacimiento _____
Seguro Médico Primario _____
 Nombre del asegurado _____
 # Social del asegurado _____
 Fecha de nacimiento _____
Seguro Médico Secundario _____
 Nombre del asegurado _____
 # Social del asegurado _____
 Fecha de nacimiento _____
****Por favor tome en cuenta que cuando el examen se está realizando, si la doctora encuentra un diagnóstico medico, su seguro medico sera utilizado por la razón de que el seguro de visión no lo cubre.****

HISTORIAL FAMILIAR

Enfermedad/Condición	Relación
Pérdida de la visión	S N ? _____
Cataractas	S N ? _____
Problemas de la Córnea	S N ? _____
Ojos Cruzados	S N ? _____
Glaucoma	S N ? _____
Degeneración Macular	S N ? _____
Desprendimiento de retina	S N ? _____
Artritis	S N ? _____
Cancer	S N ? _____
Diabetes	S N ? _____
Enfermedades Cardíacas	S N ? _____
Tensión alta	S N ? _____
Enfermedad de Riñon	S N ? _____
Lupus	S N ? _____
Enfermedad de Tiroides	S N ? _____
Otro _____	S N ? _____

MUY IMPORTANTE!

A quién debemos agradecer por referirlo a nuestra oficina?

Si no fue referido, como escogió nuestra oficina?

- Otro doctor
- Lista de seguro
- Letreros/Locación
- Otro _____

- Media Social
 - Google
 - Yelp
 - Página de web
- _____

HISTORIAL DE LA SALUD VISUAL

La información que usted indique en esta forma confidencial es crítica para la evaluación de su salud visual.

Fecha de su ultimo examen visual _____

Por quién? _____

Usa usted espejuelos? S N

Ha usado lentes de contacto? S N

Usa lentes de contacto actualmente? S N

De qué tipo? _____

Que solución usa? _____

Prefiere usted lentes transparentes o coloreados para cambiar el color de sus ojos? _____

Si usa lentes de contacto, está satisfecho con la visión y el confort? S N

Tiene un par de lentes de repuesto? S N

Ha sido diagnosticado o ha sido tratado con lo siguiente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cataractas | <input type="checkbox"/> Iritis/Uveitis |
| <input type="checkbox"/> Lesión de la Córnea | <input type="checkbox"/> Ojo Perezoso |
| <input type="checkbox"/> Infección Ocular | <input type="checkbox"/> Degeneración Macular |
| <input type="checkbox"/> Lesión Ocular | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Otro Desorden Visual |

Do you experience or have you ever experienced:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Visión Borrosa | <input type="checkbox"/> Destellos de Luz |
| <input type="checkbox"/> Quemado | <input type="checkbox"/> Flotantes/Manchas |
| <input type="checkbox"/> Exceso de Lágrimas | <input type="checkbox"/> Sensación Arenosa |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Picazón |
| <input type="checkbox"/> Visión Doble | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz |
| <input type="checkbox"/> Sequedad Ocasional | <input type="checkbox"/> Ojos Cruzados |
| <input type="checkbox"/> Enrojecimiento | <input type="checkbox"/> Dificultad con Visión Nocturna |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Visión | <input type="checkbox"/> Visión Deforme/Halos |
| <input type="checkbox"/> Ceguera Lateral | <input type="checkbox"/> Descarga de Mucosa |
| <input type="checkbox"/> Ojo Cansados | <input type="checkbox"/> Sensación de objeto extraño |
| <input type="checkbox"/> Dolor Ocular | <input type="checkbox"/> Orzuelos |
| <input type="checkbox"/> Infección Crónica de Ojos o Párpados | |

HÁBITOS SOCIALES

Esta información es confidencial. Si lo prefiere, usted puede solicitar discutir esta sección directamente con el Doctor.

- Si, prefiero discutir mi hábitos sociales directamente con el doctor (marque la caja)

Usa productos de tabaco? S N

--Tipo/cantidad/por cuanto tiempo? _____

Usa bebidas alcohólicas? S N

-- Tipo/cantidad/por cuanto tiempo? _____

Usa drogas ilegales? S N

-- Tipo/cantidad/por cuanto tiempo? _____

Ha estado expuesto o sufre usted de:

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sifilis |

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Doctor Familiar _____

Fecha del ultimo examen _____

Tiene alguna alergia a medicamentos? S N

En caso afirmativo, explique _____

Detalle en una lista cualquier medicamento que tome (incluyendo contraceptivos, aspirina, remedios caseros o sin receta) _____

Esta embarazado o amamantando? S N

Detalle todas las heridas graves, cirugías y/o hospitalizaciones que ha tenido _____

Tiene actualmente o ha tenido alguna vez problemas en las siguientes áreas?

Constitucional

Fiebre, Pérdida/Ganado Peso S N ?

Integumentario (Piel) S N ?

Neurológico

Dolor de Cabeza/Migrañas S N ?

Infarto S N ?

Ataques de Epilepsia S N ?

Endocrino

Tiroides/Otra Glándula S N ?

Oídos/Nariz/Boca/Garganta

Alergias/Sinusitis S N ?

Tos Crónica S N ?

Garganta/Boca Seca S N ?

Respiratorio

Asma S N ?

Bronquitis Crónica S N ?

Efisema S N ?

Vascular/Cardiovascular

Diabetes S N ?

Dolor en el Pecho S N ?

Tensión Alta S N ?

Enfermedad Vascular S N ?

Gastrointestinal

Diarrea/Estreñimiento S N ?

Reflujo Acido S N ?

Genital/Urinario

Genitales/Riñon/Vesícula S N ?

Huesos/Cojunturas/Músculos

Artritis Reumatoide S N ?

Dolor Muscular o en las Cojunturas S N ?

Linfático/Hematológico

Anemia S N ?

Sangramientos S N ?

****Tuve la oportunidad de revisar la Política de Privacidad efectiva desde el 07/01/2017****

Firma del Paciente

Fecha