

GRACIAS POR REGRESAR A LA OFICINA!

Nombre _____ Teléfono de Casa _____
 Dirección _____ Teléfono del Trabajo _____
 Ciudad _____ Estado _____ Cod. Postal _____ Teléfono Celular _____
 # de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____
 Si el paciente es menor, nombre del representante _____ E-mail _____
 Compañía de Seguro _____ Poliza # _____

USTED...

- 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 ocaciones?
- Quisiera tener mas información acerca de la cirugía laser para corrección visual?
- Tiene interés en una corrección visual sin cirugía?
- 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? ____ Esta conforme con la visión y la comodidad? ____
- Prefiere lentes de contacto claros o de color? _____

Ha sido alguna vez diagnosticado o tratado por lo siguiente?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Lesion Ocular | <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> Otro Desorden Visual |
| <input type="checkbox"/> Lesión de la córnea | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina | _____ |
| <input type="checkbox"/> Infección Ocular | <input type="checkbox"/> Iritis/Uveitis | <input type="checkbox"/> Ambliopía (Ojo perezoso) | _____ |

Ha sido diagnosticado o recibido tratamiento alguna vez para las siguientes condiciones?

- | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Nervios | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Riñon | <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardíacas |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Tensión alta | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Do you experience or have ever experienced?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Destellos de luz |
| <input type="checkbox"/> Exceso de lagrimas | <input type="checkbox"/> Manchas/Flotadores | <input type="checkbox"/> Ojos cruzados/Estrabismo | <input type="checkbox"/> Picor/comezón |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sensación arenosa | <input type="checkbox"/> Dificultad viendo de noche | <input type="checkbox"/> Gafas incómodas |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Resequedad | | |

Medicinas Actuales (Con o sin receta) – Incluye gotas para ojos, vitaminas, y pildoras anticonceptivas.

Allergias a Medicamentos _____

****Por favor tome en cuenta que cuando el examen se esta 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.****

He tenido la oportunidad de revisar la Poliza de Privacidad, efectiva desde 07/01/2017

Firma del Paciente X _____ Fecha _____