



FORMA DEL PACIENTE

PAGE 1 OF 2

INFORMACION GENERAL

Primer nombre, Segundo nombre, Apellido,

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono Celular

Casa

Trabajo

Email

Forma de contacto preferido celular | email | texto | otra forma (explique)

Número de seguro social de paciente

Fecha de Nacimiento

Masculino/Femenino

Apellido Materno

Ocupación/Empleador

Tiempo completo | Medio Tiempo

Estado Civil

Casado(a) | Soltero(a) | Divorciado(a) | Separado(a) | Viudo(a)

Lenguaje de preferencia, Nacionalidad

Persona a quien contactar en caso de emergencia y teléfono

Quien lo refirió a nuestra oficina ?

Medico general

Farmacia

INFORMACION DE ASEGURANZA

Aseguranza de Vista

Miembro en la Aseguranza de Vista

Numero de Identificación del miembro

Fecha de nacimiento del miembro principal

Primera Aseguranza Medica

Numero de Identificación

Numero de Póliza/Numero de Grupo

Fecha de nacimiento del miembro principal

Seguro Social del miembro principal

Empleador del miembro principal

Relación del paciente con el miembro principal esposo(a) | Hijo(a) | Otro(a) (por favor explique)

FORMA DEL PACIENTE

PAGE 2 OF 2



HISTORIAL DE OJOS

Ultimo examen de ojos

Actualmente usa Lentes?

Actualmente usa Lentes de Contacto?

Razon por su visita

Usted o un familiar a tenido o ha sido tratado por alguno de los siguientes problemas?

Cataratas	si	no	familiar
Ojos Cruzados	si	no	familiar
Glaucoma	si	no	familiar
LASIK o PRK	si	no	familiar
Degeneracion de Macula	si	no	familiar
Desprendimiento de Retina	si	no	familiar

Actualmente le sucede o le sucedió lo siguiente?

Circule todo lo que le corresponda

- Vision borrosa	<i>cerca o lejos</i>
- Ardor	
- Lagañas	
- Vision Doble	
- Resequedad	
- Exceso de lagrimas	
- Infeccion de ojos	
- Dolor de ojos	
- Sombras o manchas	
- Dolor de cabeza	
- Comezon	
- Flashes de luces	
- Sensible a la luz	
- Ojos Rojos	
- Ojos arenosos	

HISTORIAL MEDICO

Usted o alguien en su familia a tenido o sido tratado por lo siguiente? Circule todo lo que corresponda

SIDA/HIV	si	no	familiar
Allergias	si	no	familiar
Artritis	si	no	familiar
Asma	si	no	familiar
Problemas de sangre	si	no	familiar
Cancer	si	no	familiar
Diabetis	si	no	familiar
Condicion de Oidos, Nariz, Garganta	si	no	familiar
Condicion Gastrointestinal	si	no	familiar
Enfermedad de corazón	si	no	familiar
Alta Presion Arterial	si	no	familiar
Alto Colesterol	si	no	familiar
Enfermedad de riñon	si	no	familiar
Lupus	si	no	familiar
Condicion Neurologica	si	no	familiar
Trastorno Psiquiatrico	si	no	familiar
Ataques	si	no	familiar
Condicion de la Piel	si	no	familiar
Derrame Cerebral	si	no	familiar
Disfuncion de la Tiroides	si	no	familiar

Medicamentos Actuales (de con o sin receta)

Allergias a medicamentos

Embaraza o Lacteando

Fuma o a fumado?
