



Informacion del Paciente

Nombre : _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: M / F
Dirección: _____
E-mail Address: _____ Telefono: () _____
Ocupacion: _____ Empleado: _____ Trabajo: () _____
Soltero / Casado Guardian (si aplica): _____
de Seguro Social: - - Nombre de su Medico : _____
Ultimo Examen Ocular: / / Ultimo Examen Fisico: / /

Persona Responsable de Seguro Medico

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
de Seguro Social - - O ID del Miembro: _____
Nombre de Asegurancia: _____

Historia Medica

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? No Sí
En caso afirmativo, explique: _____
Lista de los medicamentos que toma (incluyendo los anticonceptivos orales, ácido acetilsalicílico, en los medicamentos de venta libre y remedios caseros): _____

Lista de todas las lesiones importantes, cirugías y / u hospitalizaciones que haya tenido: _____

Círculo de cualquiera de los siguientes que han tenido: los ojos cruzados, ojo perezoso, párpado caído, ojos prominentes, glaucoma, enfermedad de la retina, cataratas, infecciones oculares, lesiones oculares, otros: _____

¿Está usted embarazada o lactando? No Sí
¿Usa anteojos? No Sí
¿Usa lentes de contacto? No Sí
Tipo de lentes de contacto: Rígido Soft Uso Prolongado Otros
¿Son cómodos? No Sí

Historia Familiar

Tenga en cuenta los antecedentes familiares (padres, abuelos, hermanos, hijos, vivo o fallecido) para las siguientes condiciones:

Enfermedad / Condición	No	Sí	?	Relación Con Usted
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos Bizcos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desprendimiento de la Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Historia Social

Esta información es estrictamente confidencial. Sin embargo, usted puede discutir esta parte directamente con el médico si usted prefiere.

Marque aquí si quiere

¿Maneja? No Sí ¿Tiene dificultad con su vista cuando maneja? No Sí

Si tiene dificultad, explique: _____

¿Fuma? No Sí En caso afirmativo, y tipo de cantidad, y por cuánto tiempo: _____

¿Toma bebidas alcohólicas? No Sí En caso afirmativo, y tipo de cantidad, y por cuánto tiempo: _____

¿Usa drogas ilegales? No Sí En caso afirmativo, y tipo de cantidad, y por cuánto tiempo: _____

Se ha exbusto o se ha infectado con: Gonorrea Hepatitis SIDA Sífilis

Repaso de Sistemas Ha tenido problemas en las siguientes áreas:

	No	Sí	?		No	Sí	?
Constitucional				Oídos, Nariz, Boca, Garganta			
Fiebre, Pérdida de Peso / Subida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tegumentario (Piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestión Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurológicos				Nariz con mucosidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Post-Goteo Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Garganta seca / Boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos				Respiratorio			
Pérdida de la Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Distorsionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de Visión Lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vascular / Cardiovascular			
Doble Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Resecos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis / Legañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Arenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinales			
Picazón / Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de Cuerpo Extraño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario			
Exceso de Lagrimeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales / Riñón / Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad a Luz / Sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huesos / Articulaciones Músculos			
Dolor de Ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección Crónica de Los Ojos o Párpados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horzuleos (styes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Focos de Luz en la Vista Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfático / Hematológicos			
Ojos Cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrino				Promelas de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides / Otras Glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alérgico / Inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si marca sí, explique y liste las medicinas que usa:

Certifico que a lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es completa y precisa. Si la visión, plan de salud información no es exacta, o si no soy elegible para recibir una visión y de prestaciones de salud a través de este proveedor. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados y estoy de acuerdo de notificar a este médico de inmediato cuando tengo cambios en mi estado de salud o de la visión y la cobertura del plan de salud en el futuro.

Firma del Paciente (o Tutor): _____

Fecha: _____

NO LLENE ABAJO

Uso de la oficina

Doctor's Signature

Date