Direccion de Envio	Nombre de Paciente		Fecha		
Direccion de Envio Ciudad Codigo Postal Eye Telefon de Casa Numero de Celular Ocupacion Empleador Estudiante? Si / No Grado Aseguranza Medica Numbero de Poliza Aseguranza Segundaria Medica Numbero de Poliza Aseguranza de Vision Numbero de Poliza Metodo de Pago Preferido: Efectivo Cheque Tarjeta de Credito Nombre de Doctor Medico Ultimo Examen Medico Farmacia Ultimo Examen Ocular Nombre de ultimo Oculista Revisión de Sistemas	Fecha de Nacimiento//	_ Numero de Segur	o Social		
Direccion de Envio Ciudad Codigo Postal Eye Telefon de Casa Numero de Celular Ocupacion Empleador Estudiante? Si / No Grado Aseguranza Medica Numbero de Poliza Aseguranza Segundaria Medica Numbero de Poliza Aseguranza de Vision Numbero de Poliza Metodo de Pago Preferido: Efectivo Cheque Tarjeta de Credito Nombre de Doctor Medico Ultimo Examen Medico Farmacia Ultimo Examen Ocular Nombre de ultimo Oculista Revisión de Sistemas	Nombre de Esposo/a	Nombre de Padre	e/s	—— GLENWOOD	
Telefono de Casa					
Ocupacion					
Aseguranza Medica Aseguranza Geginadria Medica Aseguranza Geginadria Medica Numbero de Poliza **El paciente es responsable de cualquier monto no cubierto por la compañia de seguros (copagos y deducibles). Esta cantidad se fecha del servicio a menos que se hayan hecho arreglos financieros previos. Quíen pagara por esta cuenta? Metodo de Pago Preferido: Efectivo Cheque Tarjeta de Credito Nombre de Doctor Medico Ultimo Examen Medico Farmacia Illimo Examen Ocular Nombre de ultimo Oculista **El paciente es responsable de cualquier monto no cubierto por la compañia de seguros (copagos y deducibles). Esta cantidad se fecha del servicio a menos que se hayan hecho arreglos financieros previos. Quíen pagara por esta cuenta? Metodo de Pago Preferido: Efectivo Cheque Tarjeta de Credito Visión documenta a compañia de seguros (copagos y deducibles). Esta cantidad se fecha de seguros (copagos y deducibles). Esta cantidad se fecha de seguros (copagos y deducibles). Esta cantidad se fecha de seguros (copagos y deducibles). Esta cantidad se fecha de la ceguros (copagos y deducibles). Esta cantidad se fecha de la ceguros (copagos y deducibles). Esta cantidad se guestion a copagos y deducibles). Esta cantidad se guestion a copagos y deducibles). Esta cantidad se guestion seguros (copagos y deducibles). Esta cantidad se guestion seguros (copagos y deducibles). Esta cantidad se guestion seguros seguros (copagos y deducibles). Esta cantidad copagos (pagados Cancerition Copagos y deducibles). Esta cantidad en cantidad en cantidad en cantidad en cantidad en cantidad e	OcupacionEmplea				
Metodo de Pago Preferido:	Aseguranza Medica Aseguranza Segundaria Medica Aseguranza de Vision ** El paciente es responsable de cualquier mor fecha del servicio a menos que se hayan hecho	nto no cubierto por la compañ arreglos financieros previos.	Numbero de Poliza Numbero de Poliza_ ía de seguros (copagos y dedi		
Revisión de Sistemas					
Revisión de Sistemas	Metodo de Pago Preferido:Efectivo Nombre de Doctor MedicoEfectivo Nombre de Doctor MedicoEfetivo Nombre	ctivoCheque Ultimo Exa	Tarjeta de Credito men Medico	Farmacia	
Por favor circule cualquier condición que tenga o haya tenido en el pasado Constitucional Fiebre Fumador Asma Bronquitis Cronica Enfisema Gastrointestinal Diarrea Estreñimiento Genitales/Riñon/Vejiga Gonorrea Garganta/Boca Seca Musculos/Huesos/ Articulaciones Convulsiones Dolor da Asiicada Desorden Bipolar Diabetes Tiroides /Otras Glandulas Diapetes Dia					
Deslumbramiento / Sensibilio Dolor o dolor en los ojos Infecciones oculares crónica Dolor en las aritculaciones Psychiatric Problems Depresion Deficit de Atencion Trastorno de Ansiedad Desorden Bipolar Descupir a la sensibilio Dolor o dolor en los ojos Infecciones oculares crónica Sties o Chalazion Parpadea / Flotante en Visico Ojos cansados Ojo cruzado Ojo cruzado Ojo vago Párpado caído Ojo prominente Infecciones oculares Glaucoma Cardiovascular/Vascular Hematologico / Linfatico Problemas de sangrando Enfermedad de la retina	Fiebre Perdida de Peso Aumento de Peso Cancer (Tipo) Orejas, Nariz, Boca, Garganta Alergias/Fiebre de heno Congestion Nasal Nariz que Moquea Tos Cronica	Fumador Asma Bronquitis Cronica Enfisema Gastrointestinal Diarrea Estreñimiento Genitourinario Genitales/Riñon/Veg	Pérd Visio Visio Halo Visio Sequ Secr Roje Sien Com Ardi Sens	Pérdida de visión Visión borrosa Visión distorsionada / Halos Pérdida de visión lateral Visión doble Sequedad-Síndrome del ojo seco Secreción mucosa Rojez Siente arenoso Comezón Ardiente Sensacion de cuerpo extraño	
Deficit de Atencion Trastorno de Ansiedad Desorden Bipolar Cardiovascular/Vascular Alta Presion Sanguinea Diabetes Tiroides /Otras Glandulas Hematologico /Linfatico Problemas de sangrando Ojo vago Párpado caído Ojo prominente Infecciones oculares Glaucoma Enfermedad de la retina	Dolores de Cabeza Migrañas Convulsiones Psychiatric Problems	Articulaciones Artritis Reumatoide Dolor Muscular Dolor en las aritcula Integumentario Problems de le piel	Exce Desl Dolo Infect Actiones Sties Parp Ojos	so de rasgado / Riego umbramiento /Sensibilidad a la luz r o dolor en los ojos ciones oculares crónicas o Chalazion adea / Flotante en Vision cansados	
Derrame Cerebral Heart Pain Vascular Disease Colesterol Alto Anemia Coresterol Alto Alergias a medicamenos Alergias ambientales Anemia Cataratas Fecha de cirugía de cataratas Degeneración macular Herida de ojo (Fecha)	Deficit de Atencion Trastorno de Ansiedad Desorden Bipolar Cardiovascular/Vascular Alta Presion Sanguinea Derrame Cerebral Heart Pain Vascular Disease	Diabetes Tiroides /Otras Glan Hematologico /Lin Problemas de sangra Anemia Coresterol Alto Alergico/ Inmuno Alergias a medicam	ndulas nfatico ando logico enos Ojo Párp Ojo Infec Glau Glau Fech Cata Fech catar Dego	vago ado caído prominente ciones oculares coma rmedad de la retina ratas a de cirugía de atas eneración macular	

HISTORIAL MEDICO

venta libre y los remedios caseros: *(Para ahorrarle tiempo, si tiene una lista de sus medicinas escritas, podemos hacer una copia y devolverla a usted) Ninguna: | Dosis Dosis Dosis Dosis Dosis Dosis Dosis Dosis Dosis *¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? \(\subseteq \text{NO} \subseteq \text{SI} \) Si es asi, enumere los medicamentos: Haga una lista de todas las cirugías y/o hospitalizaciones más importantes que haya tenido: Estas embarazada y/o amamantando? No ___ No Usas lentes? Si Si es asi, Que edad tiene su actual par de lentes? Si Si es asi, Que edad tiene su actual par de lentes? Usas lentes de contacto? No Circule el tipo de lentes de contacto: (Suave) (Rigido) (Uso Prolongado) (Diarios) (Otro) Estan comodos? Si No HISTORIA SOCIAL Esta información se mantiene estrictamente confidencial. Sin embargo, puede discutir esta porción directamente con su médico si lo prefiere. Si, Preferiría hablar sobre mi información de Historial Social directamente con mi médico Manejas? __ No __ Si Si es asi, tienes dificultad visual al conductir? No Si (Si si, porfavor explique): En caso afirmativo, escriba / importe / cuánto tiempo: Bebes alcohol? No Usas productos de tabaco? No En caso afirmativo, escriba / importe / cuánto tiempo: En caso afirmativo, escriba / importe / cuánto tiempo: Usas drogas illegales? No Alguna vez has estado expuesto o infectado con: Gonorrea Hepatitis Sifilis VIH Historial Medico de su Familia Por favor haga un círculo a los miembros de la familia (vivos o fallecidos) para los cuales se aplican estas condiciones: **CANCER** Padre Madre Hermano Hermana Hijo Hija Abuelo/a Hermana Hijo Hija Abuelo/a ENFERMEDAD AUTOINMUNE Padre Madre Hermano **DIABETES** Padre Madre Hermano Hermana Hijo Hija Abuelo/a Hermana Hijo Hija ALTA PRESION SANGUINEA Padre Madre Hermano Abuelo/a ENFERMEDAD DE TIROIDES Padre Madre Hermano Hermana Hijo Hija Abuelo/a Hermana Hijo Hija ENFERMEDAD DE RIÑON Madre Hermano Abuelo/a ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Padre Madre Hermano Hermana Hijo Hija Abuelo/a Otras condiciones no incluidas: **DEGENERACION MACULAR** Padre Madre Hermano Hermana Hijo Hija Abuelo/a DESPRENDIMIENTO DE RETINA Padre Madre Hermano Hermana Hijo Hija Abuelo/a **CIEGO** Padre Madre Hermano Hermana Hijo Hija Abuelo/a Hermana Hijo Hija **CATARATA** Padre Madre Hermano Abuelo/a **GLAUCOMA** Padre Madre Hermano Hermana Hijo Hija Abuelo/a OJOS CRUSADOS Padre Madre Hermano Hermana Hijo HIja Abuelo/a

Doctor's Signature

Date

Haga una lista de los Medicamentos con las dosis que toma (incluidos los anticonceptivos orales, la aspirina, los medicamentos de