

Nombre de Paciente _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Numero de Seguro Social _____

Nombre de Esposo/a _____ Nombre de Padre/s _____

Direccion de Envio _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Telefono de Casa _____ Numero de Celular _____

Ocupacion _____ Empleador _____ Estudiante? Si / No

Grado _____

Aseguranza Medica _____ Numero de Poliza _____

Aseguranza Secundaria Medica _____ Numero de Poliza _____

Aseguranza de Vision _____ Numero de Poliza _____

** El paciente es responsable de cualquier monto no cubierto por la compañía de seguros (copagos y deducibles). Esta cantidad se debe en la fecha del servicio a menos que se hayan hecho arreglos financieros previos.

Quien pagara por esta cuenta? _____

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

Por favor circule cualquier condición que tenga o haya tenido en el pasado

Constitucional

Fiebre
Pérdida de Peso
Aumento de Peso
Cancer (Tipo) _____

Orejas, Nariz, Boca, Garganta

Alergias/Fiebre de heno
Congestion Nasal
Nariz que Moquea
Tos Cronica
Garganta/Boca Seca

Neurological

Dolores de Cabeza
Migrañas
Convulsiones

Psychiatric Problems

Depresion
Deficit de Atencion
Trastorno de Ansiedad
Desorden Bipolar

Cardiovascular/Vascular

Alta Presion Sanguinea
Derrame Cerebral
Heart Pain
Vascular Disease
Colesterol Alto

Respiratorio

Fumador
Asma
Bronquitis Cronica
Enfisema

Gastrointestinal

Diarrea
Estreñimiento

Genitourinario

Genitales/Riñon/Vejiga
Gonorrea

Musculos/Huesos/

Articulaciones

Artritis Reumatoide
Dolor Muscular
Dolor en las articulaciones

Integumentario

Problems de le piel

Endocrino

Diabetes
Tiroides /Otras Glandulas

Hematologico /Linfatico

Problemas de sangrando
Anemia
Coresterol Alto

Alergico/ Inmunologico

Alergias a medicamenos
Alergias ambientales

Ojos

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
Exceso de rasgado / Riego
Deslumbramiento /Sensibilidad a la luz
Dolor o dolor en los ojos
Infecciones oculares crónicas
Sties o Chalazion
Parpadea / Flotante en Vision
Ojos cansados
Ojo cruzado
Ojo vago
Párpado caído
Ojo prominente
Infecciones oculares
Glaucoma
Enfermedad de la retina
Cataratas
Fecha de cirugía de
cataratas _____
Degeneración macular
Herida de ojo (Fecha) _____
Herida de ojo (Tipo) _____

PORFAVOR, DEVUELVA Y COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

HISTORIAL MEDICO

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

***¿Tiene alguna alergia a los medicamentos?** ☐ NO ☐ 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 ☐ Si

Usas lentes? ☐ No ☐ Si Si es asi, Que edad tiene su actual par de lentes? _____

Usas lentes de contacto? ☐ No ☐ Si Si es asi, Que edad tiene su actual par de lentes? _____

Circule el tipo de lentes de contacto: (Suave) (Rigido) (Uso Prolongado) (Diarios) (Otro) Estan comodoss? ☐ 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 conducir? ☐ No ☐ Si (Si si, porfavor explique): _____

Bebes alcohol?	☐ Si ☐ No	En caso afirmativo, escriba / importe / cuánto tiempo: _____
Usas productos de tabaco?	☐ Si ☐ No	En caso afirmativo, escriba / importe / cuánto tiempo: _____
Usas drogas ilegales?	☐ Si ☐ No	En caso afirmativo, escriba / importe / cuánto tiempo: _____

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
ENFERMEDAD AUTOINMUNE	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija	Abuelo/a
DIABETES	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija	Abuelo/a
ALTA PRESION SANGUINEA	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija	Abuelo/a
ENFERMEDAD DE TIROIDES	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija	Abuelo/a
ENFERMEDAD DE RIÑON	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija	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
CATARATA	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija	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 _____