

Por favor complete este formulario confidencial de la información del paciente **POR FAVOR ESCRIBA**

Nombre: _____ Fecha: _____
NOMBRE COMPLETO

Genero Masculino Femenin Edad: _____ Fecha de Nacimiento _____
MM/DD/YYYY

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Seguro Social #: _____
Domicilio del paciente: _____

NUMERO DE DIRECCION LA CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
Telefono de Casa: () Telefono Celular: () Correo Electronico: _____

Persona responsable del pago: _____ (Si es diferente a la anterior)
NOMBRE NUMER DE DIRECCION LA CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL TELEFONO ()

Paciente o el empleo de Responsable
OCUPACIÓN / EMPLEADOR DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL TELEFONO ()

¿Va a utilizar el seguro? SÍ NO *Si es así, por favor llene la siguiente información:*

COMPAÑÍA DE SEGUROS NOMBRE DEL MIEMBRO SSN DEL MIEMBRO FECHA DE NACIMIENTO

HISTORIAL MÉDICO

Médico de atención primaria: _____ ¿Cuándo fue su último examen de la vista? _____

¿Alguna vez ha usado lentes de contacto? SI o NO ¿Está interesado en las lentes de contacto? SI o NO

Enumere todos los medicamentos que usted está utilizando actualmente:	Enumere cualquier medicamento que puede ser alérgico a:
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

Condiciones diagnosticadas:

<input type="checkbox"/> Stroke	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Alergia o Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Alta presion
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazon	<input type="checkbox"/> Ataques (Epilepticos)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Rinones	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Lastimadura en la cabez	<input type="checkbox"/> Otro		

Por favor, consulte las condiciones del ojo que se aplican:

<input type="checkbox"/> Destellos de Luz	<input type="checkbox"/> Flotadores	<input type="checkbox"/> Doble Vision	<input type="checkbox"/> No Distingue color	<input type="checkbox"/> Ojos Llrosos
<input type="checkbox"/> Resequedad	<input type="checkbox"/> Dificultad Paraleer	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la Luz	<input type="checkbox"/> Quemason	<input type="checkbox"/> Secrecion en los ojos
<input type="checkbox"/> Episodios temporales de Vision Perdida	<input type="checkbox"/> Dificultad Mirando de Noche			<input type="checkbox"/> Otro

Por favor escriba cualquier enfermedad previa oculares, lesiones y / o cirugías:

Los pacientes femeninos:
¿Está embarazada? SI o NO ¿Está tomando anticonceptivos orales? SI o NO

POR FAVOR LISTA

Al firmar a continuación,
I Certifico que la información por encima de es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma (paciente, padre o tutor)