



BIENVENIDO

Nos complace darle la bienvenida a nuestra clínica. Por favor, tómese unos minutos para llenar este formulario.
Si usted tiene alguna pregunta, estaremos encantados de ayudarle. Esperamos con interés trabajar con usted en el mantenimiento de su salud.

INFORMACION DE EL PACIENTE

FECHA _____
NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
ULTIMOS 4 DE SEG. SOC. _____
DIRECCION DE CASA _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____
TELEFONO DE CASA (____) _____
CELULAR(____) _____
TELEFONO DE TRABAJO (____) _____

ESTA USTED:

☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Menor

ES USTED:

☐ Masculino ☐ Femenino

Es Usted un Estudiante: ☐ Si ☐ No

Estudiante De Tiempo Completo ☐ Si ☐ No

En Caso De Emergencia A Quien Podemos Localizar?

Nombre _____ Relacion de Usted _____

Telefono de Casa (____) _____

Cellular (____) _____

SI TIENE ASEGURANZA- Porfavor Llenez Abajo

ASEGURANZA DE VISION

La Asegurancia es de Quien?

☐ De Usted ☐ Esposo/a ☐ Padres

Nombre de Persona Principal en la Asegurancia _____

Asegurancia de Vision _____

De Polisa _____

De Grupo/Union _____

De Seg. Soc. De Empleado _____

Fecha De Nacimiento ____/____/____

Compania De Donde Trabaja _____

Direccion De Trabajo _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

ASEGURANZA DE VISION ADICIONAL

La Asegurancia es de Quien?

☐ De Usted ☐ Esposo/a ☐ Padres

Nombre de Persona Principal en la Asegurancia _____

Asegurancia de Vision _____

De Polisa _____

De Grupo/Union _____

De Seg. Soc. De Empleado _____

Fecha De Nacimiento ____/____/____

Compania De Donde Trabaja _____

Direccion De Trabajo _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

INFORMACION DE SUS OJOS

Año de su Ultimo Examen De Ojos: _____

Doctor _____

Usa Usted Lentes En Este Momento? ☐ Si ☐ No

Cuando Usa Sus Lentes: ☐ Siempre ☐ Leer ☐ Computadora
☐ Manejar ☐ Nunca ☐ A veces

Cuantos Años Tienen Sus Lentes _____

INFORMACION PARA LOS QUE USAN LENTES DE CONTACTO

Usa Lentes De Contacto? ☐ Si ☐ No

Cuanto Tiempo Tienen Los Lentes de Contacto Ahorita _____

Cada Cuando Se Cambia Los Lentes: _____

Que Tipo De Lentes de Contacto Usa:

☐ Suaves ☐ Duros ☐ Bifocal ☐ Diario ☐ Mensuales

Nombre De Lentes de Contacto: _____

PORFAVOR LLENE LA PORCION DE ATRAS





PROBLEMAS DE VISION

TIENE ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS:

- | | |
|--|---|
| ☐ Vision Borrosa | ☐ Perdio La Vista |
| ☐ Vision Doble | ☐ Sensibilidad A La Luz |
| ☐ Cosas Flotando | ☐ Parte De Su Ojo No Ve |
| ☐ Ve Luces En Vision | ☐ Ve Circulos En Vision |

TIENE ESTOS SINTOMAS:

- | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Infeccion of En Parpado | ☐ Comeson | ☐ Dolor |
| ☐ Siente Arena En Los Ojos | ☐ Rojos | ☐ Ardor |
| ☐ Siente Los Ojos Anormal | ☐ Pus | ☐ Carnosidad |
| ☐ Le Lloran Excesivamente | ☐ Cansados | ☐ Resequedad |

PROBLEMAS DE VISION PERSONAL y DE FAMILIA:

USTED TIENE:

- | | |
|---|---|
| ☐ Seguedad | ☐ Seguedad |
| ☐ Cataratas | ☐ Cataratas |
| ☐ Glaucoma | ☐ Glaucoma |
| ☐ Allergias | ☐ Allergias |
| ☐ Problemas Retinales | ☐ Problemas Retinales |
| ☐ Degeneracion Macular | ☐ Degeneracion Macular |

FAMILY TIENE:

MIEMBRO FAMILIAR DE USTED:

PERSONAL HEALTH HISTORY:

Medicamentos Que Este Tomando

Es Alérgico A Medicamentos ☐ Si ☐ No

TIENE USTED:

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ Alta Presion | ☐ Depression/Ansiedad |
| ☐ Allergias | ☐ Tiroides |
| ☐ Arthritis | ☐ Diabetes |
| ☐ Cancer | ☐ Problemas del Corason |
| ☐ Asthma | ☐ Lupus |

Mencione Otros Problemas de Salud:

Mencione Lesiones Que ha Tenido En Los Ojos:

Maneja Usted? ☐ Si ☐ No

Tiene Dificultades Para Ver Cuando Maneja? ☐ Si ☐ No

Usa la Computadora Frecuente? ☐ Si ☐ No

Esta embarazada? ☐ Si ☐ No

Usa el tobacco o fuma usted? ☐ Si ☐ No

Usted Toma Alcohol? ☐ ONunca ☐ OAveces ☐ OFrecuente

AUTHORIZATION

He revisado la informacion contenida en este cuestionario y que es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta informacion será utilizada por el médico para ayudar a determinar el tratamiento apropiado. Si hay algún cambio en mi estado de salud, voy a informar al médico. Yo autorizo a mi compañía de seguros para pagar al médico o grupo médico todos los beneficios del seguro de que mi seguro pague por los servicios prestados. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro. Yo autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por mi seguro medico.

FIRMA*: _____

FECHA: ____/____/____

* (Si el paciente es menor de 18 años, un padre o guardian debe firmar abajo)

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: _____

FECHA: ____/____/____

GRACIAS!!