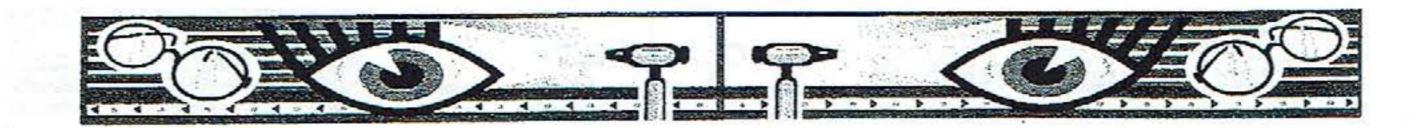


BIENVENIDO

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	ESTA USTED:		
NOMBREFECHA DE NACIMIENTO/	O Casado O Soltero O Divorciado O Viudo OMenor ES USTED: O Masculino O Femenino Es Usted un Estudiante: O Si O No Estudiante De Tiempo Completo O Si O No		
		CELULAR()	
		TELEFONO DE TRABAJO ()	En Caso De Emergencia A Quien Podemos Localizar?
			Nombre Relacion de Usted
			Telefono de Casa (
		SI TIENE ASEGURANZA-Porfavor Llene Abajo	Cellular ()
ASEGURANZA DE VISION			
La Aseguranza es de Quien?	# De Seg. Soc. De Empleado		
O De Usted O Esposo/a O Padres	Fecha De Nacimiento/		
Nombre de Persona Principal en la Aseguranza	1 CCHa DC I vacinitorito		
Aseguranza de Vision	Compania De Donde Trabaja		
# De Polisa	Direccion De Trabajo		
# De Grupo/Union	Ciudad Estado Codigo Postal		
ASEGURANZA DE VISION ADICIONAL			
La Aseguranza es de Quien?			
O De Usted O Esposo/a O Padres	# De Seg. Soc. De Empleado		
Nombre de Persona Principal en la Aseguranza	Fecha De Nacimiento//		
Aseguranza de Vision	Compania De Donde Trabaja		
# De Polisa	Direccion De TrabajoCodica Postal		
# De Grupo/Union	Ciudad Estado Codigo Postal		
INFORMACION DE SUS OJOS			
Año de su Ultimo Examen De Ojos:	Cuando Usa Sus Lentes: OSiempre OLeer OComputadora		
Doctor	OManejar ONunca OAveces		
Usa Usted Lentes En Este Momento? O Si O No	Cuantos Años Tienen Sus Lentes		
INFORMACION PARA LOS QUE USAN LENTES DE CONTACTO			
Usa Lentes De Contacto? O Si O No	Que Tipo De Lentes de Contacto Usa:		
Cuanto Tiempo Tienen Los Lentes de Contacto Ahorita	O Suaves O Duros O Bifocal O Diario O Mensuales		
Cada Cuando Se Cambia Los Lentes:	Nombre De Lentes de Contacto:		



PROBLEMAS DE VISION		
TIENE ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS:	TIENE ESTOS SINTOMAS:	
O Vision Borrosa O Perdio La Vista	O Infeccion of En Parpado O Comeson O Dolor	
O Vision Doble O Sensibilidad A La Luz	O Siente Arena En Los Ojos O Rojos O Ardor	
O Cosas Flotando O Parte De Su Ojo No Ve	O Siente Los Ojos Anormal O Pus O Carnosidad	
O Ve Luces En Vision O Ve Circulos En Vision	O Le Lloran Excesivamente O Cansados · O Resequedad	
PROBLEMAS DE VISION PERSONAL y DE FAMILIA:		
USTED TIENE: FAMILY TIENE:	MIEMBRO FAMILIAR DE USTED:	
Seguedad Seguedad		
Cataratas Cataratas		
Glaucoma Glaucoma		
AllergiasAllergias		
Problemas Retinales Problemas Retinales		
Degeneracion MacularDegeneracion Macular		
PERSONAL HEALTH HISTORY:		
Medicamentos Que Este Tomando	Es Allergico A Medicamentos OSi O No	
TIENE USTED:	Mencione Otros Problemas de Salud:	
O Alta Presion O Depression/Ansiedad		
O Allergias O Tiroides		
O Arthritis O Diabetes	Mencione Lesiones Que ha Tenido En Los Ojos:	
O Cancer O Problemas del Corason		
O Asthma O Lupus		
Maneja Usted? OSi ONo	Tiene Dificultades Para Ver Cuando Maneja? Osi O No	
Usa la Computadora Frecuente? Osi O No	Esta embarazada? O Si O No	
Usa el tobacco o fuma usted? O Si O No	Usted Toma Alcohol? ONunca OAveces OFrecuente	
AUTHORIZATION		
He revisado la informacion contenida en este cuestic Entiendo que esta información será utilizada por el médico para ayudar a determin	onario y que es correcta a lo mejor de mi conocimiento.	
voy a informar al médico. Yo autorizo a mi compañía de seguros para pagar al me	édico 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 su necesaria para asegurar el pago		
	os los cargos sean o no pagados por mi seguro medico.	
FIRMA*:	FECHA:/	
* (Si el paciente es menor de 18 años, un padre o guardian de	be firmar abajo)	
FIRMA DE PADRE/GUARDIAN:	FECHA: / /	

