

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Menor El sexo: Masculino Femenino

Raza: Indio Americano Asiatico Africano Americano Hawaiano Nativo o Isleño del Pacifico Blanca Otro

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconido Apellido Materno: _____

Ocupación: _____ Lugar de Empleo: _____ Tel: Trabajo: _____

Dirección de Su Negocio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si es casado(a), nombre de su esposo(a): _____ Lugar de Empleo: _____

Si es menor, nombre de sus padres/custodia legal: _____

Familiar cercano (que no viva en la misma dirección): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Persona responsable por la cuenta: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Teléfono: _____ Seguro Médico Número de identificación: _____

¿Le podemos llamar para recordarle de sus citas en el futuro? Si / No ¿Donde prefiere que le llamemos? Casa Trabajo Celular

¿A quien le podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____ Dirección: _____

¿Algún miembro de su familia ha sido tratado por nuestros optometristas? Si es así, dé los nombres: _____

Razón por hacer esta cita: _____

Último examen de su vista: _____ Último examen físico: _____ Nombre de su médico: _____

¿Es usted alérgico a alguna medicina? Si / No Si es si, por favor haga una lista: _____

¿Ha utilizado o jamás ha utilizado usted la medicina Flomax? Si / No

Haga una lista de las medicinas de toma (incluyendo control natal oral, aspirina, medicinas sin recetas o remedios caseros): _____

Ha tenido antes: ojos cruzados, párpado caído, glaucoma, enfermedad de la retina, cataratas, infección en los ojos, cirugía de los ojos

¿Usa anteojos? Si / No ¿Cuánto tiempo ha usado sus últimos anteojos? _____

¿Usa lentes de contacto? Si / No ¿Cuánto tiempo ha usado sus últimos lentes de contacto? _____

Tipo de lentes de contacto: Suaves de uso diario Desechables Uso prolongado Duros Otro _____ Son cómodos? Si / No

Yo autorizo el envío de mis reportes médicos /u otra información necesaria para procesar el pago de los servicios, también autorizo a mi seguro pagarle directamente a Dr. Jury, Farrar o Green. Yo entiendo que soy responsable por cualquier servicio que no sea pagado por mi compañía de seguro, y/o en caso de que yo no tenga seguro médico.

Firma: Paciente / Padres / Custodia Legal

Fecha

HISTORIA FAMILIAR: Por favor anotar cualquier historia familiar (padres, abuelos, hermanos(a), niños vivos o muertos) por lo siguiente:

Glaucoma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Catarata	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Degeneración de la Macula	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Degeneración ó desprendimiento de la Retina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Ojos cruzados	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Ceguera	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Alta Presión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Cáncer	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Artritis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Enfermedad de los Riñones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Lupus	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Desorden de la Tiroides	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____
Otra condición _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ?	Relación: _____

REPASO DE SISTEMAS: Tiene ahora, ó ha tenido problemas en las siguientes áreas:

Sistema	No	Sí	?	Sistema	No	Sí	?
Constitucional				Vascular / Cardiovascular			
Fiebre, Subida/Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integumentario (piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurológico				Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaqueca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal			
Ataques Epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos				Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario			
Visión Nublada/Empañada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia/Riñón/Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Distorsionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Esta embarazada ó amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de Visión Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huesos/Articulaciones/Músculos			
Doble Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Resecos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis/Legañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfático / Hematológico			
Ojos Arenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picazón/Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alérgico / Inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de Cuerpo Foráneo Ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad a Luz/Sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dolor de Ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HISTORIA SOCIAL: <i>(Esta información es confidencial. Usted podría discutir esta parte directamente con el doctor si lo prefiere.)</i>			
Infección Crónica de los Ojos ó Párpados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deseo discutir esta sección directamente con el doctor.			
Horzuelos (styes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted Maneja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Focos de Luz en la Vista Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dificultad para manejar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ojos Cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por favor describa: _____			
Endocrinológico				¿Usa usted productos de tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiroides/Otras Glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tipo/cantidad/hace cuanto tiempo _____			
Oídos, Nariz, Boca, Garganta				¿Toma usted bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tipo/cantidad/hace cuanto tiempo _____			
Congestión Nasal/Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa usted drogas ilegales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mucosidad Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tipo/cantidad/hace cuanto tiempo _____			
Tos Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sido expuesto ó infectado con:			
Resequedad de la Boca ó Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV / SIDA	
Respiratorio				<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Clamidilla		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras notas: _____			
Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				