

¡Bienvenido a nuestra oficina!
Provea Por favor A Nosotros La Información Siguiente

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Si niño, Madre: _____ Padre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Seguro Social** _____

Numero de telefono: Casa: _____ **Trabajo:** _____

Celular: _____ **E-Mail:** _____

Dirección de correspondencia: _____

Seguro de Visión (Primario): _____
VSP (Vision Service Plan) **MES** (Medical Eye Service) **Medicare**

Nombre del Asegurado: _____ **Número Del Miembro:** _____

Seguro de Visión (Secundario): _____

Nombre del Asegurado: _____ **# Del Miembro:** _____

Seguro de salud _____

Nombre del Asegurado: _____ **# Del Miembro:** _____ **# del grupo** _____

Ocupación de Paciente: _____ **Patrón:** _____

¿Que le gusta hacer en sus tiempos libres? _____

¿Como escucho sobre nuestra oficina? _____

El pago es requerido al tiempo de los servicios rendidos, incluyendo los deductibles de las aseguransas.

Indique el metodo de pago que prefiere: Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

Por favor note, si el seguro no paga, usted es responsable a pagar el balance.

He leído la política antedicha en el pago y reconozco mi responsabilidad de pagar por completo.

Firma: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO DE LA SALUD

Conteste por favor a todas las preguntas.

Apellido _____ Nombre _____

Fecha del último examen del ojo _____ Dilatado? _____ Fecha de hoy _____

Médico de salud general _____ Fecha del último exam de salud _____

Información Personal Del Ojo

¿Usted usa los cristales? Sí No Todo el tiempo, para distancia, leer o computadora: _____

¿Usted usa los lentes de contacto? Sí No ¿Tipo? _____

Circule lo que *usted* ha tenido: ojos cruzados, ojo vago, párpado caído, ojos destacados, ojos secos, visión velada, glaucoma, enfermedad retina, Cataratas, infección en el ojo, o lesión del ojo.

Explique, por favor: _____

¿Usted ha tenido operaciones del ojo? _____

Información Médica

¿Alergia de la medicación? Sí No ¿Qué sucede? _____

Indique cuales Medicamentos: (Incluye contraceptivos orales, aspirina) _____

Indique todos las lastimadas o cirugías graves: _____

¿Usted ha tenido operaciones? S/N ¿Tipo? _____ ¿Cuándo? _____

¿Usted tiene problemas con...? (seleccione por favor todos que se aplican)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias / fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis crónico | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Sífilis / Gonorrea |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la piel | <input type="checkbox"/> Enfermedad riñón /vejiga/genital | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Dolor de músculos o ligamentos | <input type="checkbox"/> Problemas mentales |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Migrañas / Jaquecas | |

Otros problemas de salud: _____

¿Usted utiliza cigarros/tabaco? _____ ¿Alcohol? _____ ¿Otra sustancias? _____

Antecedentes Familiares

¿Tiene usted *en su familia* lo siguiente?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Enfermedad retina | <input type="checkbox"/> Tensión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Degeneración de Macular | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroides |
| <input type="checkbox"/> Separación Retiniana | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la cabeza | |

¿Tiene preguntas adicionales para el Doctór o las asistentes? _____