

Cuestionario Sobre la Salud del Paciente

Paciente Anterior: si / no Seguro de Visión: si / no Tipo: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección (Calle, Ciudad, C. Postal): _____

Teléfono # _____ Contacto de Emergencia # _____

Ocupación: _____ Empleador _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de último examen ocular: _____

Usas Lentes: si / no Usas Contactos: si / no Tipo: _____

Ha tenido algún operación ocular? si / no Tipo: _____ Fecha: _____

Ha tenido algun herida de ojo? si / no Tipo: _____ Fecha: _____

Tiene glaucoma? si / no Cataratas? si / no Otros problemas oculares? _____

Información Médica (circule todo lo que aplique)

Diabetes S / N Fecha de diagnóstico: _____ Tipo: _____

Gastrointestinal S/N Sistema Nervioso S/N Enfermedad Mental S/N Oídos/Nariz/Garganta S/N

Tiroides S/N Corazón S/N Musculo esquelético S/N Riñón S/N

Sangre/linfa S/N Hipertensión S/N Respiratorio S/N Huesos S/N

Embarazada S/N Artritis S/N Inmunológico S/N Asma S/N

Usa cigarrillos/tabaco S/N Alcohol S/N Otras drogas/substancias S/N

Medicaciones actuales: _____

Otros problemas de salud/operaciones? _____ Alérgico S/N A qué? _____

Medicina para alergias? _____ Nombre de doctor familiar _____

Fecha de última visita _____ Fecha de última vacuna contra el tétanos _____

Historia Familiar para familia inmediata: Padre/Madre, Hermanos, Hermanas, Abuelos

Alta presión S/N Diabetes S/N Glaucoma S/N Degeneración Macular S/N

Desprendimiento de Retina S/N Cataratas S/N Otro: _____

Consentimiento Informado

Lentes de policarbonato y trivex son los únicos materiales con alta resistencia de impacto.

El uso de lentes de contacto puede causar daño/lesión a sus ojos. Infecciones incluyendo la ulcera de la córnea del ojo puede desarrollarse rápido y causar pérdida de la visión.

Yo autorizo la liberación de información para reclamos de seguro, médicos consultores, o recetas de llenado.

Firma: _____ Fecha: _____

Office use Only

Date: _____

Dr' s: _____