

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro social: _____

Dirección Residencial _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico _____ Teléfono _____

Estado Marital: Casado/a Soltero/a Viudo/a Menor de edad apartado Divorciado

Empleador / Escuela _____ Ocupación _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Información del seguro

Nombre del responsable: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección residencial: _____ Teléfono: _____

Seguro de visión: Nombre del Seguro: _____ # de identificación: _____

Nombre del asegurado: _____ Tenedor de póliza fecha de nacimiento: _____

Seguro social del tenedor: _____ Teléfono del asegurado: _____

Seguro médico: Nombre del Seguro _____ # de identificación: _____

Nombre del asegurado _____ Tenedor de póliza fecha de nacimiento: _____

Seguro social del tenedor: _____ Teléfono del asegurado: _____

HISTORIA MEDICA

Enliste todas las medicinas que esta tomando: _____

Enliste las alergias a medicinas: _____

¿Tiene alguna de estas condiciones médicas?

Glaucoma degeneración macular Cataratas Ojo seco Ojo flojo

desprendimiento de retina herida de ojo cirugía de ojo: _____ Otro: _____

¿Fumas cigarrillos? Y N

¿Usas lentes? Y N

¿Usas lentes de contacto? Y N

¿Qué marca de lentes de contacto usas? _____ ¿Duermes con tus lentes de contacto puestos?? Y N

Información médica del paciente:

	Si	No	Describir
Fiebre / fatiga / pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de iodo/nariz/garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Condiciones cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Condiciones respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Condiciones gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de riñón / vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de músculos / huesos / articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Condiciones de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desorden neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desorden psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desorden endócrino (diabetes, desorden de tiroides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Condiciones hematológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias estacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hembras: ¿Estás embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguien en su familia padece alguna de las siguientes enfermedades?

	Quièn		Who
Degeneración macular	<input type="checkbox"/> _____	Diabetes	<input type="checkbox"/> _____
Glaucoma	<input type="checkbox"/> _____	Hipertensión	<input type="checkbox"/> _____
Other eye disease?	<input type="checkbox"/> _____	Càncer	<input type="checkbox"/> _____

Firma

Fecha