

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE	INFORMACIÓN DEL SEGURO
Nombre _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ SSN #: _____ - _____ - _____ Ocupación: _____ Teléfono celular _____ - _____ - _____ Teléfono otros _____ - _____ - _____ Email: _____@_____.com Motivo de visita: (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Examen para gafas <input type="checkbox"/> Examen para lentes de contacto <input type="checkbox"/> Consulta para LASIK <input type="checkbox"/> Emergencia (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Otros _____	Seguro visión _____ Nombre del suscriptor _____ Suscriptor ID # _____ Suscriptor SSN # _____ - _____ - _____ Fecha nacimiento del Suscriptor ____ / ____ / ____ Si está interesado en una financiación al 0% durante al menos 6 meses, marque aquí. ¡Pregunte por nuestros descuentos cuando pagas en efectivo!

HISTORIAL OCULAR DEL PACIENTE		
Último examen del ojo: _____ Doctor: _____ Usas gafas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Todo el rato <input type="checkbox"/> Sólo lectura <input type="checkbox"/> Distancia sólo Usas lentes de contacto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Marca _____ <input type="checkbox"/> Si está interesado en alternativas LASIK para todas las edades, marque aquí. <input type="checkbox"/> Consulta aquí si estás interesado en gotas para los ojos que te ayuden a leer	Está experimentando cualquiera de estos síntomas? <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Ojos rojos <input type="checkbox"/> Ardiente <input type="checkbox"/> Vision Double <input type="checkbox"/> Descarga <input type="checkbox"/> Destellos de luz Ver puntos <input type="checkbox"/> Rasgado <input type="checkbox"/> Picazon <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz <input type="checkbox"/> Problemas en la noche <input type="checkbox"/> Ojo seco <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión <input type="checkbox"/> Otros _____	Alguna vez ha diagnosticado o tratado por cualquiera de los siguientes? <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Degeneración Macular <input type="checkbox"/> Lesiones oculares <input type="checkbox"/> Problemas de la retina <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Ojo turno / estrabismo <input type="checkbox"/> Ojo perezoso/ambliopía <input type="checkbox"/> Problemas del ojo diabético <input type="checkbox"/> Ojo seco <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cirugía ocular para: _____ _____ _____

CUESTIONAMIENTO DEL OJO SECO						ACTIVIDADES DE OJO SECO
	SIEMPRE	USUALMENTE	A VECES	RARAMENTE	NUNCA	
SENSIBILIDAD A LAS LUCES	4	3	2	1	0	
SENSACIÓN ARENOSA	4	3	2	1	0	
DOLOR	4	3	2	1	0	
VISIÓN BORROSA	4	3	2	1	0	
MOCO/OJOS CRUJIENTES	4	3	2	1	0	
						<p style="text-align: center;"><u>¿Qué actividades se ven afectadas por sus ojos secos?</u></p> <input type="checkbox"/> No se puede leer durante largos períodos de tiempo <input type="checkbox"/> La visión fluctúa mientras se lee/computadora <input type="checkbox"/> Los ojos están llorosos/con picazón cuando están afuera <input type="checkbox"/> Los ojos se sienten pesados en la computadora <input type="checkbox"/> Frotarse los ojos constantemente <input type="checkbox"/> Los ojos están rojos después del uso de la computadora <input type="checkbox"/> Los ojos son difíciles de abrir por la mañana <input type="checkbox"/> Las lentes de contacto están secas o no se pueden usar <input type="checkbox"/> Consulta aquí si quieres un Evaluación y plan de tratamiento de Dry Eye

De médico primaria _____

Farmacia _____

Teléfono _____

Teléfono _____

Último examen físico _____

Alguna vez ha diagnosticado o tratado para los siguientes problemas de salud?

Enfermedad	Medicamentos
<input type="checkbox"/> Diabetes (PRE/Type 1/Type 2)	
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	
<input type="checkbox"/> Golpe	
<input type="checkbox"/> Cancer – (Especifique)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	
<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> EPOC/Trastornos respiratorios	
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	
<input type="checkbox"/> Depresión	
<input type="checkbox"/> Ansiedad	
<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención (ADHD)	
<input type="checkbox"/> Autismo	
<input type="checkbox"/> Lupus	
<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Actualmente embarazada: SÍ/NO	

No Problemas con mi salud

¿Alguien en su familia tiene alguna de las siguientes condiciones?

Por favor, enumere a los miembros de la familia afectados.

	Padre	Madre	Hermano	Hermana
Glaucoma				
Degeneración Macular				
Ojo turno estrabismo				
Ojo perezoso/ambliopía				
Blindness				
Miopia muy alta				
Diabetes				
Presión arterial alta				
Cancer				
Enfermedades del corazón				

No Problemas con mi familia

GOTAS PARA LOS OJOS	ALERGIAS de MEDICACIONES	HISTORIA SOCIAL
<p><i>Si tiene una lista, puede proporcionarla a la oficina</i></p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p><input type="checkbox"/> <u>No uso gotas para los ojos</u></p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Ninguna alergia a medicamentos</u></p>	<p><u>Bebidas alcohólicas por semana</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> Socialmente</p> <p><input type="checkbox"/> Diariamente</p> <p><u>Fumar</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna – sin historia previa</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna – fumador anterior</p> <p><input type="checkbox"/> 1 paquete/día</p> <p><input type="checkbox"/> 2 paquetes/día</p> <p><input type="checkbox"/> 3 + paquetes/día</p>