

Sr.  Sra.  Señorita  Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Numero de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

Numero y letra de Medicare (si es aplicable) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero Telefónico de su hogar (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numero Telefónico de su empleo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Dirección de su empleo \_\_\_\_\_

Ocupación o intereses especiales \_\_\_\_\_

Nombre de su esposo (a) \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_

¿quien es responsable por el pago de servicios? \_\_\_\_\_

¿En caso de emergencia a quien se notifica? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Brevemente describa sus problemas visuales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo examen médico \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de su ultimo examen de vista \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre de su doctor familiar \_\_\_\_\_ Teléfono del doctor \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Dentro de mis conocimientos esta información es correcta. Reconozco que yo soy responsable a pagar los servicios proporcionados, incluyendo costos razonables a abogados y costos acumulados debido a cobros causados por mi falta de cumplimiento a los acuerdos. Además estoy consciente de que si no cumplo con mis pagos se añadirán costos por pagar tarde basados en la tasa de interés administrada por el Estado de California.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

.....  
**Historial Médico**

¿Tiene usted alguna reacción alérgica a algún medicamento?  no  si Si es así explique: \_\_\_\_\_

Indique medicamentos que esta tomando (incluyendo anticonceptivos orales, aspirina, medicamentos no recetados o remedios caseros):

Ninguno \_\_\_\_\_

Indique heridas graves, cirugías y o hospitalizaciones que aya sufrido: \_\_\_\_\_

Indique si ha sufrido: Estrabismo (Bizco), ojo caído, ojos saltados, glaucoma, enfermedades retinales, cataratas, infecciones oculares, o heridas a sus ojos: \_\_\_\_\_

¿Esta embarazada o alimentando a pecho?  no  si

¿Usa lentes?  no  si ¿Si es así cuanto tiempo tienen sus lentes? \_\_\_\_\_

¿Usa lentes de contacto  no  si ¿Si es así cuanto tiempo tienen sus lentes de contacto? \_\_\_\_\_

Tipo de lentes de contacto:  Duros  Suaves  Uso extendido  Otro tipo ¿Son cómodos?  no  si

## Historial Médico Familiar

Favor de indicar cualquiera de las siguientes condiciones médicas en sus familiares (Padres, Abuelos, Hermanos o hijos vivos o fallecidos).

ENFERMEDAD/CONDICION	NO	SI	? PARENTESCO A USTED
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Estrabismo (Bisoco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

ENFERMEDAD/CONDICION	NO	SI	? PARENTESCO A USTED
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedades Cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Presión Bascular Elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedades del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedades de la Tiroidis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Otras Condiciones médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

## Revisión de Sistemas

¿Tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes problemas? (Si es así por favor explique y anote los medicamentos.)

### COMPLEXION CORPORAL

NO SI ? Explique y anote los medicamentos

#### COMPLEXION CORPORAL

(Fiebre, pérdida o aumento de peso)  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS CUTANEOS**  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

#### NEUROLOGIA

Tos Crónica  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Dolores de Cabeza  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Migraña  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Convulsiones  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

#### OJOS

Perdida de Vista  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Visión Borrosa  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Visión Distorsionada  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Perdida Parcial de Vista  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Doble Visión  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Resequedad de ojos  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Descarga Ocular (Lagañas)  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Enrojecimiento  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Sensación de Arena  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Comezón  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Ardor o Inflamación  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Sensación de objetos  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

extraños dentro el ojo  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Lágrimas excesivas  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Sensibilidad a la luz  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Dolor de ojos  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Infección crónica de el  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

ojo o párpado  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Granos en el párpado  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Manchas flotantes en l  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

la visión  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Agotamiento de ojos  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

#### OIDOS NARIZ Y GARGANTA

Alergias o Fiebre de Heno  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

NO SI ? Explique y anote los medicamentos

Congestión de las sinuses  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Congestión nasal  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Congestión nasal que corre  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

a la garganta  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Boca o garganta seca  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

#### RESPIRATORIA

Asma  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Bronquitis crónica  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Enfisema  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

#### VASCULAR/CARDIO VASCULAR

Diabetes  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Dolor cardíaco  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Presión bascular elevada  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Enfermedades Basculares  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

#### GASTROINTESTINAL

Diarrea  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Estreñimiento  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

#### GENITOURINARIA

(genitales/riñón/vejiga)  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

#### ESQUELETO/COYUNTURAS/MUSCULOS

Artritis reumática  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Dolor de músculos  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Dolor en las coyunturas  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

#### LIMFATICO/HEMATOLOGIA

Anemia  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

Hemorragias  NO  SI  ? \_\_\_\_\_

#### ENDOCRINIA (tiroide/otras glándulas)

NO  SI  ? \_\_\_\_\_

#### ALERGIAS/IMUNOLOGIA

NO  SI  ? \_\_\_\_\_

#### SIQUIATRIA

NO  SI  ? \_\_\_\_\_

## Historial Social

¿Conduce automóvil?  no  si ¿Si es así, tiene problemas visuales cuando conduce?  no  si si es así descríballo: \_\_\_\_\_

¿Usa productos de tabaco?  no  si Si es así ¿cuales y por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

¿Toma alcohol?  no  si Si es así ¿que tipo y por cuanto tiempo?: \_\_\_\_\_

¿Usa drogas ilegales?  no  si Si es así ¿que tipo y por cuanto tiempo?: \_\_\_\_\_

¿Ha sido expuesto o infectado de?:  no  si \_\_\_\_\_  Gonorrea  Sífilis  SIDA  Hepatitis

FIRMA DEL DOCTOR

Fecha