SAN PEDRO
EYE CARE

Forma del Paciente

Informacion General

Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono 1, Tipo
Teléfono 2, Tipo
Email
Forma de Contacto Preferido *celular* | *email* | *texto* | *otra forma (explique)*
Número de Seguro Social de Paciente
Fecha de Nacimiento
Apellido Materno
Masculino/Femenino
Ocupación/Empleador *tiempo completo* | *medio tiempo*
Estado Civil *casado(a)* | *soltero(a)* | *divorciado(a)* | *separado(a)* | *viudo(a)*
Lenguaje de Preferencia, Nacionalidad
Persona a quien Contactar en Caso de Emergencia y Teléfono
Quien lo Refirió a Nuestra Oficina
Farmacia
Medico General

Informacion de Aseguranza

Aseguranza de Vista
Miembro en la Aseguranza de Vista
Numero de Identificación del Miembro
Fecha de Nacimiento del Miembro Principal
Primera Aseguranza Medica
Miembro en la Primera Asegurannza Medica
Numero de Identificación
Numero de Póliza/Numero de Grupo
Fecha de Naciamento del Miembro Principal
Seguro Social del Miembro Principal
Empleador del Miembro Principal
Relación del Paciente con el Miembro Principal *esposo(a)* | *hijo(a)* | *otro(a) (por favor explique)*

SAN PEDRO
EYE CARE

Forma del Paciente

Historial de Ojos

Ultimo Examen de Ojos
Actualmente usa Lentes?
Actualmente usa Lentes de Contacto?
Razon por su Visita

Usted o un familiar a tenido o ha sido tratado por alguno de los siguentes problemas?

Cataratas	*si*	*no*	*familiar*
Ojos Cruzados	*si*	*no*	*familiar*
Glaucoma	*si*	*no*	*familiar*
LASIK or PRK	*si*	*no*	*familiar*
Degeneracion de Macula	*si*	*no*	*familiar*
Desprendimiento de Retina	*si*	*no*	*familiar*

Actualmente le sucede o le sucedió lo siguiente? Circule todo lo que le corresponda

☐ Vision borrosay	*cerca*	*lejos*
☐ Ardor		
☐ Lagañas		
☐ Vision Doble		
☐ Resequedad		
☐ Excesso de Lagrimas		
☐ Infeccion de Ojos		
☐ Dolor de Ojos		
☐ Sombras o Manchas		
☐ Dolor de Cabeza		
☐ Comezon		
☐ Flashes de Luces		
☐ Sensible a la Luz		
☐ Ojos Rojos		
☐ Ojos Arenosos		

Historial Medico

Usted o alguien en su familia a tenido o sido tratado por lo siguiente? Circule todo lo que corresponda

SIDA/HIV	*si*	*no*	*familiar*
Allergias	*si*	*no*	*familiar*
Artritis	*si*	*no*	*familiar*
Asma	*si*	*no*	*familiar*
Problemas de Sangre	*si*	*no*	*familiar*
Cancer	*si*	*no*	*familiar*
Diabetes	*si*	*no*	*familiar*
Condicion de Oídos, Nariz, Garganta	*si*	*no*	*familiar*
Condicion Gastrointestinal	*si*	*no*	*familiar*
Enfermedad de corazón	*si*	*no*	*familiar*
Alta Presion Alterial	*si*	*no*	*familiar*
Alto Colesterol	*si*	*no*	*familiar*
Enfermedad de riñón	*si*	*no*	*familiar*
Lupus	*si*	*no*	*familiar*
Condicion Neurologica	*si*	*no*	*familiar*
Trastorno Psiquiátrico	*si*	*no*	*familiar*
Ataques	*si*	*no*	*familiar*
Condicion de la Piel	*si*	*no*	*familiar*
Derrame Cerebral	*si*	*no*	*familiar*
Disfuncion de la Tiroides	*si*	*no*	*familiar*

Medicamentos Actuales (de con o sin Receta

Allergias a Medicamentos

Altura	**Peso**
Embaraza o Lacteando?	
Fuma o a fumado?	