

HISTORIA Y REGISTRO DE LA SALUD DEL PACIENTE

FECHA: _____ Nombre del padre/tudor: _____
Nombre del paciente APELLIDO _____ NOMBRE _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ código _____
Telefono de la casa _____ móvil _____
Telefono del trabajo _____ Empleador _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Seguro Social # _____
Estado civil: Soltero * Casado * Divorciado * Viudo
Genero: M F correo electrónico _____

POR FAVOR DAR LA TARJETA DEL SEGURO A LA RECEPCIONISTA ANTES DEL EXAMEN

Cual es su razón para buscar la vision / cuidado de los ojos en este momento?

Cuando fue su ultimo examen de la vista? _____ Por quien? _____

SINTOMAS VISUALES

_____ Periodico examen de la vista
_____ Distancia borrosa
_____ Cerca borrosa
_____ Vista Cansada
_____ Sensibilidad a la luz
_____ Ojos secos
_____ Perdida de la vision
_____ Luces intermitentes
_____ Puntos o particular flotantes
_____ Dolores de cabeza (ojo)
_____ Ardo en los ojos
_____ Ojos rojos
_____ Picazon en los ojos
_____ ojos llorosos

HISTORIA DE SALUD PACIENTE

_____ Alergias
_____ Asma
_____ Diabetes
_____ Tiroides Condición
_____ Enfermedades G I
_____ Presion arterial alta
_____ Derrame
_____ Arthritis
_____ Enfermedad Hepatica
_____ Cancer
_____ Dolor de cabeza
_____ Migranas
_____ Lupus
_____ Otros

HISTORIA DE SALUD OCULAR

_____ Lesion
_____ Ojo Seco
_____ Estrabismo
_____ Cataratas
_____ Particular Flotantes
_____ Vision doble
_____ Degeneración Macular
_____ Retinopatía diabetica
_____ Ambliopia
_____ Glaucoma
_____ Cirugía
_____ Ceguera
_____ Ojo cruzados

HISTORIA DE LA FAMILIA

ninguno Glaucoma Desprendimiento de la retina Degeneración Macular Retinopatía diabética Ceguera

Fumadores: nunca Todos los días ocasional ex fumador

Nombre del medico de atención _____ Ultima examen medico? _____
primaria: _____

Farmacia _____ Esta usted actualmente tomando algún medicamento recetado Si No
Si, que medicamentos _____

Es alergico a algún medicamento? Si No En caso afirmativo, por favor explique: _____

Ha usado lentes de contacto? Si No
En caso afirmativo, que tipo? _____ Soft _____ Toric _____ Gas Permeable

A quien podemos agradecer por referirlo a nosotros: _____

Divulgacion de informado: Por favor escriba cualquier persona que usted autorice EyeWorks para divulgar información medica o financiera a:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Reconocimiento: Si el seguro se presente en mi nombre, yo autorizo a mis beneficios de seguros a pagar directamente a los Tres. Johnson & Johnson EyeWorks. Autorizo la divulgación de la información medica a las companias de seguros u otros medicos que se considere necesario por optometrista para propósitos financieros o consultivos.

SI POR CUALQUIER MOTIVO MI SEGURO NO PAGA MIS SERVICIOS Y / O MATERIALES, ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DEL SALDO.

FIRMA _____ FECHA _____