



Coral Reef: 12091 SW 152nd Street. Miami, FL 33177. Ph: 305-232-3937 Fax: 305-232-3936
 Sunset: 7000 SW 97th Avenue, Suite 203. Miami, FL 33173. Ph: 786-452-8787 Fax: 786-452-8786

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Fecha de hoy: _____

Sufijo: Dr. / Sr. / Sra. / Srta. / Otro _____

Apellido _____

Nombre _____ MI _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la casa _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Empleador (o Escuela) _____

Ocupación (o grado) _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo M F

Estado civil (círculo uno): Solo Casado Separado

Divorciado Otro _____

Raza (círcule uno): Negro o Africano Amcan Blanco

Asiático Amcan nativo indio Isleño del Pacífico

Origen étnico: Hispano No Hispanos Otros

Idioma preferido: _____

Dirección de correo electrónico _____

Esposa (o padres) Nombre _____

Esposa (o los padres) trabajo _____

¿Cuál es el propósito principal de esta visita?

¿Tiene algún problema con sus lentes de contacto o anteojos corriente? _____

¡MUY IMPORTANTE! PACIENTES NUEVOS

¿A quien podamos dar las gracias por referirlo a nuestra oficina? _____

¿Si no fue referido como supo de nosotros?

Otro Médico

Señalización / Ubicación

Lista de Seguros

Flyer

Otro _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Seguro de Vision _____

Nombre de suscriptor _____

Suscriptor SS# / ID # _____

Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Relación con el suscriptor _____

Seguro Médico Primario _____

Nombre del suscriptor _____

Suscriptor SS# / ID # _____

Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Relación con el suscriptor _____

Seguro Médico Secundario _____

Nombre del suscriptor _____

Suscriptor SS# / ID # _____

Fecha de nacimiento del suscriptor _____

HISTORIA FAMILIA

Marque las que correspondan:

Enfermedad / Condición	Relación
Ceguera	<input type="checkbox"/> _____
Catarata	<input type="checkbox"/> _____
Problemas en la cornea	<input type="checkbox"/> _____
Ojos cruzados/ojos perezosos	<input type="checkbox"/> _____
Glaucoma	<input type="checkbox"/> _____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> _____
Desprendimiento de Retina / Enfermedades	<input type="checkbox"/> _____
Artritis	<input type="checkbox"/> _____
Cáncer de	<input type="checkbox"/> _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> _____
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> _____
Lupus	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> _____
Otro _____	<input type="checkbox"/> _____
Nada de lo Anterior	<input type="checkbox"/> _____

¿Es usted ... (marque lo que corresponda)

trabaja en computadora? _____ Horas por semana. _____

Maneja de noche?

¿Cree que podría beneficiarse de los lentes delgados, más ligeros?

Le gustaría actualizar sus anteojos?

Al igual que para cambiar la apariencia de sus anteojos a menudo?

Pasa tiempo al aire libre? _____ Horas por semana? _____

Tiene gafas de sol?

Prefiere no usar gafas todo el tiempo?

¿Quiere información sobre la cirugía de corrección de la visión?

Tiene mas de un par de anteojos con su receta actual?

¿Tiene hijos?

Algun miembro de familia necesita de cuidado de los ojos?

Si usted usa lentes bifocales, le molesta la líneas o las inclinación de la cabeza? Sí No

OJO HISTORIA DE LA SALUD

La información contenida en este formulario es confidencial, los detalles de su caso es de importancia para la evaluación de su visión y la salud.

Fecha de su ultimo examen de la vista _____

¿Por quién? _____

¿Usted usa gafas? Sí / No

¿Alguna vez ha tratado lentes de contacto? Sí / No

¿Actualmente, usa lentes de contacto? Sí / No

¿Qué tipo? _____

Soluciones utilizadas _____

¿Prefiere lentes de contactos transparente o lentes de colores para cambiar el color de sus ojos? _____

Si usted usa lentes de contacto, ¿está usted satisfecho con la visión y la comodidad? Sí / No

¿Tiene usted un par de anteojos de repuesto? Sí / No

¿Alguna vez ha sido diagnosticado o tratado por lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Iritis / uveítis |
| <input type="checkbox"/> Abrasión de la córnea | <input type="checkbox"/> ojo vago |
| <input type="checkbox"/> Infección de Ojo | <input type="checkbox"/> Degeneración de la Macula |
| <input type="checkbox"/> Lesión en los Ojos | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Otros trastornos de los ojos |

¿Experimenta usted o ha experimentado alguna vez:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Destellos de luz |
| <input type="checkbox"/> Quemadura | <input type="checkbox"/> Manchas/flotadores |
| <input type="checkbox"/> Lagrimeo / riego | <input type="checkbox"/> Sensación de arenosidad |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Picazon |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> deslumbramiento / sensibilidad a la luz |
| <input type="checkbox"/> Sequedad ocasional | <input type="checkbox"/> Ojos bizcos o cruzados |
| <input type="checkbox"/> Enrojecimiento | <input type="checkbox"/> Dificultad para ver de noche |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión | <input type="checkbox"/> Visión distorsionada/ halos |
| <input type="checkbox"/> La pérdida de la visión lateral | <input type="checkbox"/> mucosidad |
| <input type="checkbox"/> ojos cansados | <input type="checkbox"/> Sensación de cuerpo extraño |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos / el dolor | <input type="checkbox"/> orzuelos o chalazión |
| <input type="checkbox"/> Infección crónica de los ojos o los párpados | |
| <input type="checkbox"/> Nada de lo Anterior | |

LA HISTORIA SOCIAL

Esta información es estrictamente confidencial. Sin embargo, es posible discutir esta parte directamente con el médico si así lo prefiere.

Sí, prefiero hablar de mi información social directamente con mi médico. (marque el cuadro)

¿Utiliza productos de tabaco? Sí / No
En caso afirmativo, tipo/cantidad/¿cuanto tiempo? _____

¿Bebe alcohol? Sí / No
En caso afirmativo, tipo/cantidad/¿cuanto tiempo? _____

¿Usa drogas ilegales? Sí / No
En caso afirmativo, tipo/cantidad/¿cuanto tiempo? _____

¿Alguna vez ha estado expuesto o infectado con:

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sífilis |

LA HISTORIA CLINICA

Nombre del médico de familia: _____

Telephono/fax _____

Fecha del último examen físico: _____

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? Sí / No

En caso afirmativo, explique _____

Enumere los medicamentos que esté tomando (incluyendo anticonceptivos orales, aspirina, los medicamentos de venta libre y remedios caseros): _____

¿Está embarazada o amamantando? Sí / No

Peso: _____ Altura: _____

Lista de todas las lesiones, cirugías mayores y / u hospitalizaciones que ha tenido _____

¿Tiene usted actualmente ha tenido alguna vez problemas en las siguientes áreas? Marque lo que corresponda, deje sin marcar la respuesta negativa:

Constitucional

Fiebre, Pérdida de Peso / Ganancia

Tegumentario (piel)

Neurológico

Dolores de cabeza o migrañas

Infarto

Convulsiones

Endocrino

Tiroides / Otras Glándulas

Oídos, nariz, boca, garganta

Alergias / sinusitis

Tos crónica

Garganta seca / boca

Respiratorio

Asma

Bronquitis crónica

Enfisema

Vascular / Cardiovascular

Diabetes

Dolor en el pecho

Presión arterial alta

Enfermedad vascular

Gastrointestinal

Enfermedad de Crohn

Reflujo ácido

Genitourinario

Genitales / riñones / vejiga

Los huesos o articulaciones y músculos

Artritis reumatoidea

Dolor muscular

Dolor en las articulaciones

Linfático / Hematológicas

Anemia

Problemas de sangrado

Alérgico / inmunológico

Psiquiátrico

Nada de lo Anterior

Si marcó cualquiera de las anteriores o tiene una condición, no en la lista, por favor explique y liste los medicamentos: