



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 \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_  
 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? \_\_\_\_\_

## 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"/> _____

**¡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 \_\_\_\_\_

**¿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 gustaria 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 inclinacion 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: