

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*Texto y email son utilizados solo para comunicarse

Nombre: (Apellido, Primer y Segundo) _____ Nombre preferido: _____
 Fecha de nacimiento: M: ___ /D: ___ /A: _____ Edad: ___ Sexo: H M Código Social#: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____, Estado: _____, Zip: _____
 Teléfono de casa: () _____ Teléfono de celular: () _____ *Texto está bien? Sí No
 Correo electrónico: _____ Cómo se interó de nosotros?: _____
 Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: () _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Nombre de seguro médico: _____ ID de miembro# _____
 Nombre de primer asegurado y fecha de nac. (si es diferente del paciente): _____
 Nombre de seguro de visión: _____ ID de miembro# _____
 Nombre de primer asegurado y fecha de nac. (si es diferente del paciente): _____
 # Codigo social del primero asegurado (se necesita por verificación del seguro): _____
 Persona responsable por pago (si es diferente del primer asegurado listado): Name: _____
 Dirección: _____ Ciudad, Estado, Zip: _____ Tél:() _____

HISTORIA OCULAR PERSONAL

Enumere cualquiera que se aplique a usted: ojos cruzados, queratacono, párpados caídos, glaucoma, enfermedades de la retina/cornea, cataratas, infecciones del ojo, lesiones o cirugías: _____
 Has tenido LASIK? Sí No Enumere cualquieras gotas oculares que usa usted (gotas artificiales, prescripción, ungüentos, alergia, etc.): _____ Usa lentes? Sí No En caso afirmativo, cuál edad tienen los lentes? _____
 Usa lentes de contacto? Sí No Qué marca son?: _____ Si no, usted te interesa probar lentes de contacto? Sí No

HISTORIA MÉDICA PERSONAL E HISTORIA SOCIAL

Quién es su proveedor de atención primaria (PAP): _____ (PAP) Teléfono: () _____
 Enumere todos los MEDICAMENTOS actuales que está tomando actualmente (incluso anticonceptivos oral, aspirina, los de venta libre y remedios caseros): _____
MEDICAMENTOS QUE LE DA ALERGIA si hay: _____

Si mujer, está embarazada o amamantado? Sí No Usa alguno de los siguientes?: Tabaco Alcohol Drogas ilegales

HISTORIA FAMILIAR MÉDICA U OCULAR Marque cualquiera historia familiar (vivo o muerto) con los siguientes condiciones: (Escriba su relación)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desconocido / Adoptado | <input type="checkbox"/> Despegos de retina _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Ojos cruzados / perezosos _____ | <input type="checkbox"/> Queratacono _____ | <input type="checkbox"/> Corazón (ataque, enferm.) _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea _____ |
| <input type="checkbox"/> Degeneración macular _____ | | |

REVISIÓN DE SISTEMA Actualmente, o alguna vez ha tenido algún problema crónico en las siguientes áreas?:

NO SÍ SI HAY, EXPLIQUE:

OJOS (destellos/flotadores, visión doble, ojo seco, infección, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
OREJA, NARIZ, BOCA, GARGANTA (Boca seca, infección sinusal, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
RESPIRATORIA (Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ENDOCRINA (Tiroides, Diabetes, Enfermedad Renal, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TRASTORNOS INMUNE (Alergias, fiebre del heno, lupus, reumatoide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
CARDIOVASCULAR (Hipertensión, enfermedad cardíaca, colesterol alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
PSIQUIÁTRICA (Depresión, ansiedad, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HUESOS, ARTICULACIONES, MÚSCULOS (Artritis, dolor muscular/articular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
NEUROLÓGICA (Dolores de cabeza, migrañas, esclerosis múltiple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Favor de completar esta encuesta de síntomas para ayudar a su médico a comprender mejor sus síntomas.

Con qué frecuencia experimenta estos síntomas?		1	2	3	4	5
	Dolores de cabeza de cualquier gravedad, por lo general peor más tarde en el día	Nunca ○	Casi nunca ○	Mensual ○	Semenal ○	Diaria ○
	Rigidez/dolor en el cuello/hombros Cuando trabajas en una computadora o lees	Nunca ○	Casi nunca ○	Mensual ○	Semenal ○	Diaria ○
	Incomodidad con el uso de la computadora/ teléfono En tus ojos después de largas horas de mirar la pantalla	Nunca ○	Casi nunca ○	Mensual ○	Semenal ○	Diaria ○
	Ojos cansados Con aumento de la sensación de fatiga ocular a lo largo del día.	Nunca ○	Casi nunca ○	Mensual ○	Semenal ○	Diaria ○
	Sensación de ojo seco más arenoso/seco al mirar pantallas o leer	Nunca ○	Casi nunca ○	Mensual ○	Semenal ○	Diaria ○
	Sensibilidad a la luz Especialmente con luces más brillantes y fuertes como los faros	Nunca ○	Casi nunca ○	Mensual ○	Semenal ○	Diaria ○
	Mareos o cinetosis o vértigo	Nunca ○	Casi nunca ○	Mensual ○	Semenal ○	Diaria ○

ESTÉTICA Y CUIDADO DE LA PIEL:

Preocupaciones del paciente: Seleccione todo lo que pueda aplicarse a usted, si corresponde:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Líneas finas/arrugas | <input type="checkbox"/> Laxitud de la piel/Necesita tensarse |
| <input type="checkbox"/> Textura de la piel | <input type="checkbox"/> Manchas de la edad |
| <input type="checkbox"/> Párpados caídos o hinchados | <input type="checkbox"/> Cuidado de piel y productos de piel |
| <input type="checkbox"/> Círculos debajo de los ojos | <input type="checkbox"/> Cabello no deseado |
| <input type="checkbox"/> Otra? Describa aquí: _____ | |