

APPLE VALLEY EYE CENTER

NOMBRE (Apellido) _____ (Primero) _____ (M.I.) _____

DOMICILIO _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA _____

CELLULAR _____ SE PUEDE MANDAR UN TEXTO? Y/N

DE S.S. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ CORREO ELÉCTRICO _____

SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ PATRÓN _____

TELÉFONO DE TRABAJO _____ OFICÍO _____

NOMBRE DE ESPOSO/A _____ PATRÓN DE ESPOSO/A _____

TELÉFONO DEL TRABAJO _____ RECOMENDADO POR _____

Si el paciente es menor de 18 años o aun vive en casa, contesta lo siguiente:

Nómbre de Padre _____ Patrón _____ Teléfono del Trabajo _____

Fecha del Nacimiento del Padre _____ Número de Seguro Social _____

Nómbre de Madre _____ Patrón _____ Teléfono del Trabajo _____

Fecha del Nacimiento de Madre _____ Número de Seguro Social _____

Persona Responsable Para La Cuenta:

Nómbre _____ Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Pátron _____ Nombre de Aseguranza _____ Número de Grupo _____

Número de Subsripción _____ Numero del Cupón Medico _____

A quien llamar en caso de una emergencia-QUE NO SEA EL TÉLEFONO DE CASA.

Nómbre _____ Relación con el Paciente _____ # DE TELEFONO _____

AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS E INFORMACIÓN: Yo autorizo que mis beneficios de
aseguranza sean pagados directamente al doctor. Yo me hago responsable de lo que no cubre mí
aseguranza. Autorizo al doctor a compartir cualquier información que sea requerida para este reclamo.

_____ Estoy recibiendo asistencia medico con el estado por medio de cupón medico.

Firma _____ Fecha _____

¿Cual es la razon principal por su visita hoy? _____

¿Quién lo recomendo a nuestra oficina? _____

¿Tiene interes en alguno de lo siguiente? (Porfavor marque)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto | <input type="checkbox"/> Lentes para Leer | <input type="checkbox"/> Cuidado Deportivo de Ojos |
| <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto de Color | <input type="checkbox"/> Lentes para Lejos | <input type="checkbox"/> Servicio de Vista Baja |
| <input type="checkbox"/> Lentes para Astigmatismo | <input type="checkbox"/> Lentes para Computadora | <input type="checkbox"/> Terapia de Vista |
| <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto Bifocal | <input type="checkbox"/> Capa Anti-Relumbrante | <input type="checkbox"/> Tratamiento Rehabilitativo |
| <input type="checkbox"/> Lentes de Sol | <input type="checkbox"/> Bifocal sin Linea | <input type="checkbox"/> Tratamiento Bisquera |
| <input type="checkbox"/> Protección UV | <input type="checkbox"/> Lentes mas livianos | <input type="checkbox"/> Tratamiento para ojo flojo |
| <input type="checkbox"/> Lentes Polarizados | <input type="checkbox"/> Equipo Seguro de Trabajo | <input type="checkbox"/> Control de Miope |
| <input type="checkbox"/> Lentes cambian de Color | <input type="checkbox"/> Lentes para Deportes | <input type="checkbox"/> Cirugía Refractivo |

SALUD DE OJOS Y INFORMACIÓN DE SU VISTA

¿Usted usa lentes en el presente?..... Sí No Sí, pero no siempre.

¿Usted usa lentes de contacto en el presente? Sí No Sí, pero no siempre.

Tipo de lentes de contacto: _____

	Power	BC	Diameter	Tipo de solución para lentes de contacto
Derecho (OD):	_____	_____	_____	_____

Izquierda (OS):	_____	_____	_____
-----------------	-------	-------	-------

¿Tiene Usted problemas visuals cuando usa la computadora? Sí No Sí, pero no siempre.

¿Cúando fue su ultimo exámen de ojos? _____ Clinica o Nombre del Doctor _____

¿Tiene (o ha tenido en el pasado) algunas de las siguientes problemas con los ojos o la vista? (Porfavor marque)

- | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Visión Borrada | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Herida al Ojo | <input type="checkbox"/> Ver en la Noche | <input type="checkbox"/> Bizquera o ojo "flojo" |
| <input type="checkbox"/> Visión Doble | <input type="checkbox"/> Ojos Rojos | <input type="checkbox"/> Infección del Ojo | <input type="checkbox"/> Percibir lo hondo | <input type="checkbox"/> Estrellitas en la vista |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Ojos Secos | <input type="checkbox"/> Cirugía del Ojo | <input type="checkbox"/> Lucecitas | <input type="checkbox"/> Ojos Irritados o Cansados |
| <input type="checkbox"/> Mareo provocado por el movimiento | | | <input type="checkbox"/> Baja Comprensión de Lectura | |

Otro problema de los ojos o la vista: _____

COMO USA USTED SUS OJOS

¿Qué es su oficio (o nivel de grado si usted es estudiante)? _____

Por favor escriba otras ocupaciones, pasatiempos y actividades en lo cual partícipe:

POR FAVOR VOLTEA LA PAGINA Y LLENA EL OTRO LADO

INFORMACION MEDICO

¿Está tomando medicamentos en el presente (recetado o que se vende sin receta)?..... Sí No

¿Cuáles son?: _____

¿Es Usted alérgico a algún medicamento?..... Sí No

¿Cuáles?: _____

¿Tiene Usted otras alergias?..... Sí No

¿Cuáles son?: _____

¿Está Usted o puede estar esperando o dando de manar?..... Sí No

¿Cuándo fue su ultimo chequeo físico? _____ ¿Clinica o Nombre del Doctor? _____

Historia Social: ¿Fuma? Sí No ¿Bebe Alcohol? Sí No ¿Uso Ilicito de drogas? Sí No

HISTORIA PERSONAL

- Diabetes Sí No
 - Alta Presión Sí No
 - Problemas del corazón Sí No
 - Alta Colesterol Sí No
 - Problemas con tiroides Sí No
 - Cáncer Sí No
 - Problemas con el Respiro Sí No
 - Problemas con el Hígado Sí No
 - Problemas con el Riñon Sí No
 - Problemas con los Nervios Sí No
 - Problemas musculares Sí No
 - HIV/SIDA Sí No
 - Hepatitis Sí No
- ¿Qué tipo? _____

- Glaucoma Sí No
- Cataratas Sí No
- Degeneración de la Macula Sí No
- Bisquera (Strabismo) Sí No
- Ojo "Perezoso" (Amblyopia) Sí No
- Problemas leyendo (dyslexia) Sí No

Otros problemas, explique por favor:

HISTORIA DE FAMILIA

Muchos visión y las condiciones de salud se heredan. Sírvase indicar si alguien en su familia tiene alguno de los siguientes:

- Diabetes Sí No _____
- Alta Presión Sí No _____
- Problemas del corazón Sí No _____
- Alta Colesterol Sí No _____
- Problemas con tiroides Sí No _____
- Cáncer Sí No _____

- Glaucoma Sí No _____
- Cataratas Sí No _____
- Degeneración de la Macula Sí No _____
- Bisquera (Strabismo) Sí No _____
- Ojo "Perezoso" (Amblyopia) Sí No _____
- Problemas leyendo (dyslexia) Sí No _____

Otros problemas en su familia:

Firma _____

Fecha _____

Firma del Doctor _____

Fecha _____