

Bienvenido A Nuestra Oficina

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
 Teléfono de Celular _____
 Teléfono de Casa _____
 Teléfono de Trabajo _____
 Numero de Seguro Social: _____
 Numero de Licencia de Conducir _____
 Empleador _____
 Ocupación _____
 ¿Cómo fue usted referido a nuestra oficina? _____
 Correo Electrónico _____

Fecha de su último examen _____ Sexo: Hombre Mujer
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
 Nombre de Esposo/Esposa (o padre) _____
 Numero de Teléfono Esposo/Esposa (o padre) _____
 Compañía de Seguro Medico _____
 Seguro de Vista _____
 ¿Participa usted en una cuenta de gastos flexible? **Si No**

Diagnóstico

Propósito principal; de la visita de hoy:
 (ie. Rutina chequeo, vista borrosa, renovar lentes de contacto...)

Experiencia Usted...

(Favor de circular)

- | | |
|--|--------------|
| • ¿Cualquier molestia con sus ojos? | No Si |
| • ¿Problemas con fulgor o la reflexión? | No Si |
| • ¿Sensibilidad a la luz? | No Si |
| • ¿Dolor de cabeza reciente o crónico? | No Si |
| • ¿Flotadores o iluminaciones de luz? | No Si |
| • ¿Problemas con sus lentes o lentes de contacto actuales? | |
-
- | | |
|--|--------------|
| • ¿Tiene usted mas de un par de lentes recetados? | No Si |
| • ¿Trabaja usted con una computadora por mucho tiempo? | No Si |
| • ¿Si usted usa lentes, le beneficiaria usar lentes mas finos y ligeros? | No Si |
| • ¿Pasa mucho tiempo al aire libre? | No Si |
| • ¿Si usted usa bifocales, le incomoda la inclinación principal, ventanas restrictas o líneas? | No Si |
| • ¿Tiene momentos en que prefiere no usar lentes? | No Si |
| • ¿Si usted usa lentes de contacto esta usted satisfecho con su visión y comodidad? | No Si |
| • ¿Esta usted interesado en probar lo ultimo en diseño en lentes de contacto? | No Si |
| • La corrección con laser para la vista es una opción camón para reducir o eliminar la necesidad de lentes o lentes de contacto. ¿Desea usted recibir información con respecto a la corrección de vista usando laser yo una evaluación gratis? | No Si |

Historia Medica Personal y Familiar

Alergias	Usted	Familia	Glaucoma	Usted	Familia
Asma	Usted	Familia	Enfermedades de los ojos	Usted	Familia
Artistas	Usted	Familia	Enfermedades del corazon	Usted	Familia
Cancer	Usted	Familia	Lesion en el ojo	Usted	Familia
Cirujia de los Ojos	Usted	Familia	Alta presión	Usted	Familia
Cataratas	Usted	Familia	Diabetis	Usted	Familia

Cigarros	No Si
Tabaco	No Si
Alcohol	No Si
Otra Substancia	_____

Medicamentos Actuales

(Recetas a sobre la mesa)

	No	Si	Nombre de Medicamento
Antiestaminicos	No Si	_____	
Diureticos (pastillas de agua)	No Si	_____	
Pastillas para la alta presión	No Si	_____	
Pastillas anticonceptivas	No Si	_____	
Medicamento para la Diabetis	No Si	_____	
Gotas para los ojos	No Si	_____	
Colesterol	No Si	_____	
Otro:	No Si	_____	

Esta usted actualmente bajo el cuidado de un Doctor? **No Si**

Nombre del Doctor _____

El pago complete es debido antes de que cualquier

material pueda ser pedido sea entregado:

Metodo de pago:

Cualquier orden cancelada, causara una tasa de reposición del 25%

Efectivo Visa MasterCard American Express Care Credit

Firma/Firma de Padre si es menor de edad _____ Fecha _____