

Historial Visual y Médico

Nombre _____

Fecha _____

Historia personal de la visión:

- | | Si | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| ¿Usted usa gafas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Usted usa gafas de sol? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Usted usa lentes de contacto? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Usted substituye sus lentes de contacto (circulo uno) Diario Semanal Semanas Mensual Anualment Otro_____ | | |
| ¿Qué marca de fábrica de la solución de los lentes de contacto usted utiliza? | | |
-

¿Usted experimenta siempre una de las condiciones?

- | | Si | No | | Si | No |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|
| Falta de definición al conducir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Visión del túnel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Falta de definición al leer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ojos cansados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sensibilidad a la luz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rojos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aureola alrededor de luces | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Comezón | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deslumbramiento de faro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ardiente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deslumbramiento de la computadora | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sequedad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Visión doble | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Dolor del ojo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Flotadores | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Descargo mucosa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿A sido diagnosticado con alguna condición?

- | | Si | No | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Ceguera | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cual Ojo
D / I / Ambos |
| Catarata | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D / I / Ambos |
| Glaucoma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D / I / Ambos |
| Degeneración de Macular | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D / I / Ambos |
| Retinopathy diabético | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D / I / Ambos |
| Retinopathy Diabético | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D / I / Ambos |
| Ojo Perezoso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D / I / Ambos |
| ¿Usted ha tenido LASIK? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D / I / Ambos |
| ¿Otra cirugía del ojo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D / I / Ambos |

Historial médico personal

- | | Si | No | |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| ¿Usted está tomando medicación? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Por favor listar abajo |
| ¿Es usted alergico a medicación? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Por favor listar abajo |
| ¿Usted utiliza productos del tabaco? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| ¿Usted bebe el alcohol? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| ¿Usted utiliza las drogas ilegales? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Para Mujeres: ¿Es usted embarazada? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Medicamentos _____

Alergia _____

Informacion Del Paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____ Ciudad / Estado / Codigo Postal _____

Numero de Telefona _____ Celula/ Telefono de Trabajo _____

Partido Responsable si Minor _____ Relacion al Paciente _____

E-mail _____ Podemos Entrarle en Contacto Via el E-mail? Si No

Ocupacion _____ Hobbies _____

Como Era Usted Referido Nuestra Oficina?

() Mismo, soy un paciente largo plazo

() Paginas Amarillas

() Familia _____

() Internet
Si Internet, que web site? _____

() Amigo/Amiga _____

() Seguro

() Otro
Si Otro, como? _____

() Doctor _____

Seguro de la Vision

*****Notifique: Por favor de mostrar su tarjeta del sueguro si usted tiene una tarjeta.**

Seguro de la Vision _____ Numero de Telefono _____

Miembro _____ ID# _____

Patron de Miembro _____ Numero de Grupo _____

Seguro Medico

*****Notifique: Necesitamos solamente esta informacion si usted esta aqui para una visita medica.**

Seguro de Medico _____ Numero de Telefono _____

Miembro _____ ID# _____

Autorizacion del pago:

**Autorizo por este medio todo el pago para los servicios rendidos para ser pagado al Dr. Bowman.
Entiendo eso la autorizacion de la ventaja no es una garantia del pago y eso soy en ultima instancia responsable de todo el servicio y honorarios de los material.**

Firma _____ Fecha _____