

INTAKE FORM

Fecha: ___ / ___ / ___ Nombre: _____ Nacimiento ___ / ___ / ___
Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Tel. Celular: _____ Tel de Hogar: _____ Tel de Trabajo: _____
E-mail: _____
Empleador/Ocupación: _____
¿Aseguranza de Vista? SI / NO Proveedor: _____
¿Seguro de Salud? SI / NO Proveedor: _____ ¿Medicare? SI / NO
Propósito de Su Visita Hoy: _____

Historia Médica

Fecha de su último examen de la vista: ___ / ___ / ___ Lugar: _____
Nombre de Su Doctor de Familia: _____
¿Embarazada o Lactando? NO / SI _____
Medicamento que toma (incluso contraceptivos, aspirina, medicina sin receta, y suplementos dietéticos):

¿Alérgica de Medicamento? NO / SI _____

Apunte lesiones, cirugías, o hospitalizaciones que ha tenido: _____

Si ha tenido de los siguientes condiciones, marque y explique:

Diabetes _____ Glaucoma _____
Ojo Perezoso _____ Cataratas _____
Dolor en el Ojo _____ Enfermedad de Retina _____
Infecciones del Ojo _____ Lesión o Cirugía del Ojo _____
Dolores de Cabeza _____ Vista Doble _____

¿Usa anteojos? NO / SI _____
¿Usa lentes de contacto? NO / SI _____
Tipo/marca de lentes de contacto: _____ Solución para lentes: _____
¿Le gustaría probar lentes de contacto? NO / SI _____

Historia Familiar

Por favor apunte su historia familiar (padres, abuelos, hermanos, hijos) para los siguientes:

	No	Si	Inseguro	Relación
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro				_____

Historia Social

¿Usa tabaco? NO / SI _____ Qué tipo: _____
¿Juega en deportes que requieren protección de ojos? NO / SI _____
Habla con el doctor sobre otros asuntos sociales en su historia.