

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre _____ I _____ Apellido _____
#SS _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Teléfono (Celular) _____ (de Casa) _____
Email _____ ¿Casado(a)? Y / N
¿A quién llamar en caso de emergencia? _____ Tel# _____
Seguro Primaria _____ ID# _____ Grupo# _____
Seguro Secundaria _____ ID# _____ Grupo# _____

INFORMACIÓN MEDICA

Nombre de médico de atención primaria: _____

¿Tiene problemas con cualquier de los sistemas siguientes? (circule todos los que aplican)

Diabetes/Tiroide	S / N	Neurológico	S / N	Psiquiátrico	S / N
Oído/Senos Nasales	S / N	Genitourinario	S / N	Gastrointestinal	S / N
Cardiovascular	S / N	Musculoesqueletal	S / N	Sangre/Linfático	S / N
Asma/Respiratorio	S / N	La Piel	S / N	Inmunológico	S / N

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____ ¿Qué Ocurre? _____

INFORMACIÓN PERSONAL DE SUS OJOS

¿Usted usa anteojos? S / N ¿Lentes de contacto? S / N

¿Está interesado(a) en la corrección de la visión con láser? _____

¿Motivo de la visita de hoy? _____

Problemas anteriores de los ojos _____

Cirugía ocular previa _____ Gotas para los ojos _____

¿Alguien en su familia sufre de lo siguientes:

¿Cataratas? S/N Relación _____ ¿Degeneración de Macula? S/N Relación _____

¿Glaucoma? S/N Relación _____ ¿Desprendimiento de Retina? S/N Relación _____

¿Diabetes? S/N Relación _____ ¿Alta Presión/hipertensión? S/N Relación _____

¿Otras Condiciones? _____

¿Algún miembro de su familia ciegos? S/N ¿De qué? _____

¿A quién podemos agradecer por referirlo(a)? _____

Iniciales del Médico _____