

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Genero: \_\_\_\_\_ Ultimos 4 SS #: \_\_\_\_\_ En Escuela? Si/No Si es si, que grado? \_\_\_\_\_

Direction: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Seguro de Vision y # de Identificación: \_\_\_\_\_

Seguro Medico y # de Identificación: \_\_\_\_\_

Como supiste de nosotros? \_\_\_\_\_ Hobbies: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Cual es al razón de su visita: \_\_\_\_\_

Embarazada? Si/No Uso de Tabaco: Si/No Uso de Alcohol: Si/No Abuso de sustancias: Si/No

Usos de contactos? Si/No Que marca? \_\_\_\_\_ Cada cuando los reemplaza? \_\_\_\_\_

Esta interesado en cirugías para corrección visual? Si/No Siente sus ojos cansados? Si/No

Alguna lesion, Traumas, o Cirugías? Si/No Si es si, por favor describa: \_\_\_\_\_

Su Medicina/Vitaminas/Suplementos (por favor proveer la lista si esta disponible): \_\_\_\_\_

Tiene alergias? Si/No Si es así, cuales son sus alergias? \_\_\_\_\_

Por favor proveer si aplica:

CONDICION	USTED	MIEMBRO DE FAMILIA	CONDICION	USTED	MIEMBRO DE FAMILIA
Diabetes			Cancer		
Presion Alta			Desorden Autoimune		
Tiroides			Degeneracion Macular		
Artritis			Cataratas		
Colesterol Alta			Glaucoma		
VIH/			Ambliopia/Ojo Perezoso		

Otra condición que no se encuentre aquí: \_\_\_\_\_