

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Casa: _____ # Trabajo: _____ # Celular: _____

Correo Electrónico: _____ # Seguro Social: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Raza: Afro-americano Pacífico Asiático Caucásico Hispánico Americano Nativo Otro: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección Empleador: _____

Nombre Contacto para Emergencias: _____ # Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Liste todas las alergias a medicaciones /látex/adhesivos: _____

Nombre médico atención primaria Dirección # Teléfono

Fecha Último Examen de Ojos Nombre de Proveedor Anterior de Atención Oftalmológica

- Diabetes/Año de Diagnóstico _____ Insulina Medicación Oral _____ Control por Dieta
- Glaucoma Problemas Pulmonares Problemas Hemorragia Problemas Cardíacos Problemas Est/Int
- Problemas Renales Problemas hígado VIH Positivo Usa Plaquenil Uso prolongado de Esteroides
- Usa Tabaco Usa Alcohol Otros Problemas Médicos Graves _____

Motivo de su visita de hoy:

- Evaluación Cataratas Examen Ocular de Rutina Cirugía para reducir dependencia de anteojos/lentes cont

Otro: _____

¿COMO LO REFIRIRERON A NOSOTROS?

Amigo/Familiar/Conocido, Nombre: _____

¿Fue referido por un médico? Nombre: _____

Especialidad Dirección Ciudad, Estado, CP # Teléfono
 TV, Canal _____ Radio, estación _____ Revista _____ Internet Periódico

Otro: _____

POR FAVOR CONTINÚE Y COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

