

Fecha \_\_\_\_\_

<b>Informacion del paciente</b>	
Apellido	_____
Primer Nombre	_____
Calle	_____
Ciudad	_____ Estado _____
Código Postal	_____
Teléfono	_____
Teléfono del trabajo	_____
Seguro Social del paciente	_____
Pareja o nombre del padre	_____
Ocupación o Grado	_____
Fecha de nacimiento	_____
Sexo F M	_____
Correo Electrónico	_____
Cual es la mayor razón por su visita?	_____
_____	
Algún problema con su lentes o lentes de contactos actuales?	
_____	

**La misión del Doctor Malcolm Kelly y los trabajadores de Oxford Family Eye Care es contrubuir a una vida saludable de vista. Nuestro objetivo es dar cuido de buena cualidad y atención personal que resultara en la satisfacción completa del paciente. Todos los trabajadores continuran a buscar mas educación en nuestra profesión para poder ofrecerle la tecnología ultima y mas nueva, servicios profesionales y productos mas nuevos. Las necesidades visuales de todos los pacientes serán nuestra primera prioridad.**

<b>BIENVENIDO OTRA VEZ A NUESTRA OFICINA</b>	
<b>Informacion del Seguro</b>	
<i>Por favor note que el seguro NO cubre la evaluación de los lentes de contacto</i>	
Suguro de visión	_____
Nombre del suscriptor	_____
Seguro Social del suscriptor	_____
Fecha de nacimiento del suscriptor	_____
Seguro Medico	_____
Nombre del suscriptor	_____
Seguro Social del suscriptor	_____
Fecha de nacimiento del suscriptor	_____
Participas en cuenta del gasto de la flexion?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Como vas a pagar hoy?	
<input type="checkbox"/> Dinero en efectivo	
<input type="checkbox"/> Cheque	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	

<b>Preguntas de su forma de vivir</b>	
<input type="checkbox"/> ..trabaja en la computadora?	
<input type="checkbox"/> ..piensa que puede beneficiar de lentes más ligero?	
<input type="checkbox"/> ..esta interesado en probar el mas reciente diseño de lentes de contacto?	
<input type="checkbox"/> ..esta mucho afuera?	
Cuanto? _____ horas/semana	
<input type="checkbox"/> ..tienes una prescripción de lentes de sol?	
<input type="checkbox"/> .. a veces prefiere no ponerse sus lentes?	
<input type="checkbox"/> ..quiere información en la cirugía de la corrección de la visión del láser?	
<input type="checkbox"/> ..tiene interés en una forma sin tener cirugía para mejorar su vista?	

- ..tiene mas de un par de anteojos?
- ..tiene niños?
- ..tiene familia en necesidad de anteojos?

- Vista borrosa
- Cataratas
- Ojos cruzados o volteado
- Ojos secos
- Infección en los ojos
- Flash de la luz
- Glaucoma
- Dolores de cabeza
- Comezón en los ojos
- Degeneración macular
- Migrañas
- Separación retiniana
- Resgado
- Lentes incómodos
- Otros desordenes del ojo
- Picadura en los ojos
- Abrasion es corneas
- Visión doble
- Flotadores o manchas
- Valentía
- Ojo perezoso
- Sequedad ocasional
- Sensibilidad a la luz
- Dificultad viendo en la noche
- Otro \_\_\_\_\_

### Historia de salud del paciente

Nombre del doctor  
familiar \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
Fecha del ultimo físico \_\_\_\_\_

#### Medicaciones (Sin o con prescripción)

(Porfavor liste todas las medicaciones incluyendo goats de ojos, vitaminas, o cualquier tipo de pastillas) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiene alergias a medicaciones?

Si  No

Si, si cuales son? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ah tenido sirugias?  Si  No

Usa cigarros/tabaco, alcol, o otras sustancias?  Si  No

#### Ah estado diagnosticado o tratado por los siguientes problemas de salud?

- Sida/HIV
- Alergias
- Artritis
- Sangramiento
- Cáncer
- Diabetes
- Oídos/Naris/Garganta
- Endocrina
- Eczema
- Genitourinario
- Tension arterial alta
- Alto colesterol
- Problemas del riñon
- Problemas de los músculo o huesos
- Neurológico
- Infección de la garganta
- Problemas respiratorios
- Tiroides
- Perdiada de peso
- Otro \_\_\_\_\_

### Historia de la Salud de sus Ojos

Fecha de su ultimo examen de visión? \_\_\_\_\_

Echo por? \_\_\_\_\_

Ah tratado lentes de contacto?

Si  No

Usted usa lentes de contacto?

Si  No

Que tipo? \_\_\_\_\_

La solución que uso \_\_\_\_\_

Estas satisfecho con la comodidad de tus lentes de contacto?

Si  No

Prefieres que tus lentes de contacto sean claros o de color?

Claros  De color

Si tiene bifocales, las líneas o tener que mirar para abajo le molesta?

Si  No

### Historia de Salud de la Familia

Ay historia de la familia de lo siguiente?

Yes  No

Relación

(Madre,Padre,Hermana,Hermano,Usted)

Ceguera  \_\_\_\_\_

Cataratas  \_\_\_\_\_

Problemas córneos  \_\_\_\_\_

Diabetes  \_\_\_\_\_

Glaucoma  \_\_\_\_\_

Enfermedad cardiaca  \_\_\_\_\_

Ojo Perezoso  \_\_\_\_\_

Degeneración Macular  \_\_\_\_\_

Problemas Retinianos  \_\_\_\_\_

Otro  \_\_\_\_\_