

San Pablo Optometric Center

14240 San Pablo Ave.

San Pablo, CA 94806

(510)232-3060

Información del Paciente

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ Edad: _____ Sexo: F M

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Nombre del padre/guardian: _____ Número de Telefono: (____) _____

Númerode Seguro Social: _____ - _____ - _____ Número de Celular (____) _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Información del miembro asegurado

Nombre del Miembro: _____ Apellido: _____

Nombre de seguro: _____ Numero de I.D: _____ Fecha de Nacimiento. ____/____/____

Ocupación: _____

Historia Medica

Informacion Medica: ¿Tiene usted problemas con alguno de estos sistemas ? Por favor, marque todas las que apliquen .

<input type="checkbox"/> Gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Sistema Nervioso	<input type="checkbox"/> Mental
<input type="checkbox"/> Oído, nariz y garganta	<input type="checkbox"/> Genitourinario	<input type="checkbox"/> Endocrino (glándulas)
<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Musculoesqueléticos	<input type="checkbox"/> Sangre / linfa
<input type="checkbox"/> Respiratorias	<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Alérgicas / inmunológicas
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Cirugías (de qué tipo y cuándo) _____	

¿Está usted en buena salud? Sí No

¿Tiene usted alguna reacción alérgica a los medicamentos u otras sustancias? Sí No

Por favor indique _____

Nombre del médico general _____

Por favor marque Sí o No

¿Fuma? Sí No ¿Cuánto? _____

¿Bebe alcohol? Sí No ¿Cuánto? _____

¿Toma medicamentos? Sí No Indique los nombres y con qué frecuencia _____

¿Usa usted otras sustancias? Sí No

¿Tiene antecedentes familiares de cualquiera de los siguientes? Por favor, marque todas las que se aplican.

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Alta presión arterial
<input type="checkbox"/> Degeneración macular.	<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/> Cataratas

Favor de explicar _____

¿Tiene alguno de los siguientes? Por favor, marque todas las que se aplican.

<input type="checkbox"/> Ojos Seco	<input type="checkbox"/> Cirugías oculares	<input type="checkbox"/> Usar gafas
<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Lesiones de ojo	<input type="checkbox"/> Lentes de contacto

¿Tiene usted problemas en los ojos en este momento?

Por favor, explique _____

¿Está interesado en usar lentes de contactos? Sí No

¿Está usted embarazada? Sí No ¿Está usted amamantando? Sí No

Por favor firme a continuación que ha revisado toda la información anterior y es la más correcta de su conocimiento.

Firma _____ Fecha _____