

INFORMACION *DEL* PACIENTE NUEVO

Bienvenido a nuestra oficina. Por favor complete esta forma y devuelbala a la recepcionista.

FOR FAVOR IMPRIMA

NOMBRE

FECHA

DIRECCION

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD

HOMBRE/ MUJER _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

TELEFONO (DIA) _____ TELEFONO (NOCHE)

OCUPACION

EMPLEADOR

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO VIUDO DIVORCIADO

NOMBRE DEL CONYUGE

EMPLEADOR

COMPLETE SI ES MENOR DE 18 ANOS:

NOMBRE DEL PADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCION

TELEFONO

NOMBRE DE LA MADRE

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCION _____ TELEFONO

NOMBRE DEL MEDICO QUE LO RECOMENDO _____

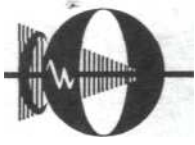
A QUIEN SE NOTIFICA EN CASO DE EMERGENCIA?

NOMBRE _____ RELACION

DIRECCION

TELEFONO DEL HOGAR

TELEFONO DE OFICINA



Nombre _____

Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha de ultimo examen de los ojos _____

Anote todo medicamento que toma actualmente
(con y sin receta medica) _____

Es alergico a algun medicamento? **SI** **NO**
Si es alergico anote el medicamento _____

Enfermedades (glaucoma, diabetes, hipertension, etc.)

Lesiones (golpes, lastimaduras, etc.)

Cirugias (catarata, corazon, etc.) _

Actualmente padece alguna de las siguientes enfermedades?

SI NO ESPECIFICAR

Ojos (ve borroso, dolor, enrojecimiento, etc.)

Salud General (fiebre, agotamiento, perdida de peso, aumento de peso)

Oidos, Nariz, Garganta (sordera, tos, resequedad bucal, congestion nasal)

Cardiovascular (presion alta, palpitaciones)

Respiratorio (congestion, falta de aire, etc.)

Gastrointestinal (dolor estomacal, diarrea, estenimiento, hernia, ulceras, etc.)

Genital, Renal, Vejiga (dolor al orinar, orinar frecuentemente, impotencia, piel amarillenta, etc.)

Mujeres Esta embarazada? Amamantando?

Musculos, Huesos, Coyunturas

(artritis, dolor muscular, calambres, inflamacion, etc.)

Piel (acne, verrugas, mezquinos, etc.)

Neurologico (entumecer, dolor de cabeza, ataques, paralisis, etc.)

Psiquiatrico (ansiedad, depresion, insomnio)

Endocrinologo (diabetes, hipertiroidismo, etc.)

Sangre/Linfatico (anemia, sangrado, problemas con transfusiones de sangre, etc.)

Alergias/Inmunologico (enrojecimiento, inchazon, inflamacion, comezon, ronchas, etc.)

Historial Familiar Padres, Abuelos, Hermanos algun miembro de su familia tiene alguna de estas enfermedades? Ceguera, cataratas, glaucoma, hipertension, cancer, enfermedad del corazon, artritis, o otra enfermedad hereditaria? _____

Historia Social Le impide su vision alguna actividad de su vida diaria? (manejar, leer, trabajar)

SI NO Ha tenido una transfucion de sangre? SI NO

Bebe alcohol? SI NO Fuma? SI NO

FIRMA DEL PACIENTE.

FECHA.