***Red Bluff Vision Center Dr. Barriga, Optometrista***

**FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE:**

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primer Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MI\_\_\_\_ Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo ⃝ M ⃝ F

Domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electronico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleo/Escuela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupacion/ Grado de Escuela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Soltero ⃝ Casado Prefiere que nos comuniquemos con usted por: ⃝ Email ⃝ Correo Postal ⃝ Telefono

Nombre de Padre/Guardian\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de Telefono(si Diferente al de Arriba)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiene Seguro? ⃝ Medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⃝ Vista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha Estado Alguna Vez en Esta Oficina Antes? ⃝ Si ⃝ No Ultimo Examen de la Vista?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usa Lentes? ⃝ Si ⃝ No ⃝ Lentes de Contacto Son Usados Para: ⃝ Distancia ⃝ Leer ⃝ Todo el Tiempo

Fuma? ⃝ Si ⃝ No # de Paquetes por Dia \_\_\_\_\_\_\_ Toma? ⃝ No ⃝ Si ⃝ De Vez en Cuando ⃝ Diario

***Salud Ocular/ Historial: Marque Todo lo que Corresponda***

Que Problemas Tienes Actualmente?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Vision Borrosa de Distancia | * Vision Doble/ Ojos Vizcos | * Sensibilidad a la Luz/Brillo |
| * Perdida de la Vision Central | * Extraña Sensasion (Basura) | * Relanpagos de Luz/Flotantes |
| * Comezon en los Ojos | * Ojo en Rojesido | * Ojos Llorosos |
| * Vision Borrosa de Cerca | * Ojo Lagañoso | * Ojos Canzados |
| * Vision Distorsionada | * Ojo Adolorido o Inflamado | * Forsar Vista |
| * Dolor de Cabeza | * Ojo Reseco | * Perdida de Vision de Lado |
| * Otro Problema?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

***Historial Familiar***: Tiene usted o alguien en su familia(madre, padre, hermano/a)los siguientes problema. Marque todo lo que corresponda.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Cataratas | * Ojos Vizcos | * Ceguera | * Desprendimiento de Retina |
| * Resequedad | * Glaucoma | * Ojos Cruzados | * Retinitis Pigmentosa |
| * Melanoma de Ojo | * Distrofia Corneal | * Degeneración Macular | |

Alguna vez ha tenido una lesión ocular, una cirugía o una infección grave? ⃝ Si ⃝ No

Describe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Historial Medico:*** Por favor marque la casilla si alguna vez ha tenido o tiene actualmente alguno de los siguientes problemas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⃝No | ⃝Si | ***Alérgico / Inmunológico:*** Alergias a Medicamentos, Artritis Reumatoide, Lupus, Histoplasmosis, Sarcoide, VIH |
| ⃝No | ⃝Si | ***Cardiovascular:*** Enfermedad del Corazón, Presion Alta, Infarto de Corazon, Embolio, Cirugía de Corazón, Cholesterol |
| ⃝No | ⃝Si | ***Constitucional:*** Discapacidad Mental, Perdida de Peso, Fiebre, Fatiga, Trauma |
| ⃝No | ⃝Si | ***Oído, Nariz, Garganta:*** Infeccion de las Vias Respiratorias Altas, Congestión Nasal, Pérdida de la Audición |
| ⃝No | ⃝Si | ***Endocrino:*** Diabetes, Tiroides, Disfunción Hormonal, Artritis de Gota |
| ⃝No | ⃝Si | ***Gastrointestinal:*** Ulceras, Desorden Digestive, Colitis, Enfermedad de Crohn, Enfermedad del Higado |
| ⃝No | ⃝Si | ***Genitourinario:*** Enfermedad de Riñón/Vejiga, Enfermedad Ovárica/Uterine, Próstata |
| ⃝No | ⃝Si | ***Hematológico / Linfático:*** Leukemia, Anemia, Pérdida de Sangre, Arteritis Temporal, Sida |
| ⃝No | ⃝Si | ***Integumentario:*** Enfermedad de la Piel, Eczema, Soriasis, Rosacea, Dermatitis |
| ⃝No | ⃝Si | ***Musculoesquelético:***  Distrofia Muscular, Fibromyalgia, Osteoartritis, Espondilitis Anquilosante |
| ⃝No | ⃝Si | ***Neurológico:*** Esclerosis Múltiple, Epilepsia, Migraña, Convulsions, Trastorno Cerebral, Parálisis de Bell |
| ⃝No | ⃝Si | ***Psiquiátrico:*** Depresion, Ataques de Panico, Esquizofrenia, ADD, Ansiedad, Desorden Bipolar |
| ⃝No | ⃝Si | ***Respiratorio:*** Asthma, Bronquitis Crónica, Enfisema, Tuberculosis, EPOC |

Si tiene Diabetes que Toma ⃝ Pastillas ⃝ Tipo de Insulina ⃝ No Medicina, Solo Control de Dieta

**Medicinas** (Enumere los medicamentos que toma actualmente, o para que on).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiene alergias a algunas medicinas? ⃝ Si ⃝ No Nombre de Medicinas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hay otras condiciones que debamos conocer?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_