***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?

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