

# ¡BIENVENEDOS A NUESTRO OFICINA!

Señor  Señora  Señorita  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año Edad \_\_\_\_\_ Social Security \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Calle, Número de Apartamento, Apartado Postal o Ruta Rural \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

## **INFORMACION DE OJOS** (Por favor marca las condiciones que le apliquen a usted o familia).

	Usted	Familia
Vee borroso a distancia	<input type="checkbox"/>	
Vee borroso de cerca	<input type="checkbox"/>	
Vee borroso a distancia de computador	<input type="checkbox"/>	
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	
Doble visión	<input type="checkbox"/>	
Ambliopía o Visión reducida	<input type="checkbox"/>	
Daño a los ojos	<input type="checkbox"/>	
Operación de ojos	<input type="checkbox"/>	
Vee la luz	<input type="checkbox"/>	
Manchas enfrente de sus ojos	<input type="checkbox"/>	
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macular degeneration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de su ultimo examen de ojos: \_\_\_\_\_  
Tengo:  Anteojos  Lentes de contacto  No necesito anteojos  Otra \_\_\_\_\_

### **Lentes de Contacto**

Me gusta lentes de contacto.  
 No me gusta lentes de contacto.

## **INFORMACION MEDICAL**

	Usted	Familia
VIH+ / SIDA	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades de los pulmones	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad del tiroide	<input type="checkbox"/>	
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	
Artritis	<input type="checkbox"/>	
Alergias	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buena salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mujeres, ¿Está embarazada?  Sí  No  
¿Usa usted drogas o tiene problemas con el alcohol?  Sí  No  
¿Fuma usted?  Sí  No  
¿Qué medicinas toma? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Es alérgico a alguna medicina? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **¿Cual es su motivo de visita hoy?**

Chequeo anual  Necesito anteojos o lentes de contacto  Otra \_\_\_\_\_

## **EYECSCREEN**

Eyecreen es una fotografía de alta resolución de su retina que nos ayuda a revisar y comparar su retina con el tiempo. Usamos el examen de detección ocular para documentar una imagen de referencia para nuestros registros, detectar enfermedades oculares y mejorar la preocupación mucho más alta que una lámpara de hendidura u oftalmoscopio. Nos preocupa cualquier problema de retina que pueda conducir a una pérdida parcial de visión o ceguera. Además, se pueden detectar muchos síntomas de enfermedades sistémicas como la diabetes y los efectos de la presión arterial alta con el examen de eyecreen. Este examen cuesta **\$35.00**.

\_\_\_\_\_ Si, me gustaría este examen \_\_\_\_\_ No, no me gustaría este examen

## **EXÁMEN DE VISIÓN AUTOMÁTICA**

Este examen revisa la retina en las áreas que no hay visión de centro y alrededor de los ojos. La razón de este examen es para identificar enfermedades de los ojos por ejemplo: glaucoma, desorden de la retina y de los nervios ópticos. Por lo general, casi todos la razones que causan cegera pueden ser detectadas con este examen. Por esta razón, recomendamos que todos nuestros pacientes se hagan este examen. Este examen cuesta **\$30.00**.

\_\_\_\_\_ Si, me gustaría este examen \_\_\_\_\_ No, no me gustaría este examen

## **Yo ESTOY INFORMADO SOBRE LA NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_ Lei una copia sobre la Notificación de Practicas de Privacidad de Eagle Eye Associates

Su Firma \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_