

Seguros:
Vision _____
Medica _____



*****para uso de oficina solamente*****
Doctor Reviewed _____
Date Reviewed _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____

Telefonos: Celular _____ Casa _____ Trabajo _____
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Empleador/Escuela _____ Ocupacion _____

E-mail (opcional) _____ Ya es paciente de Jackson & Lujan? (escojer uno) Si No

Como se informo de nuestra oficina? _____

Nombre de Padre o Tutor (si paciente es menor) _____ Relacion con el paciente _____

Manera preferida de contactarlo?(escojer uno) Casa Trabajo Celular Texto E-mail

Todas las ordenes seran notificados por medio de texto o email. Si prefiere llamada, marque aqui: No

Razon de su visita hoy: (escoja todos los que apliquen)

Examen para: Anteojos Lentes de Contacto Correccion de Vista por Laser Infeccion/Herida Ocular

Historial Ocular:

Ultima revision de la vista (si fue con otro doctor)? _____

Utiliza anteojos? Si No Utiliza Lentes de Contacto? Si No

Que marca de lentes de contacto utiliza? _____ Cuantas horas al dia? _____

Duerme con los contactos puestos? Si No Si duerme con los contactos, que tan seguido? _____

Que tan seguido cambia sus lentes de contacto? (escojer uno)

Semanalmente Quincenalmente Mensualmente Anualmente

SI USTED ES UN PACIENTE NUEVO O HA TENIDO CAMBIOS EN SU HISTORIAL MEDICO, FAVOR DE VOLTEAR LA HOJA Y CONTINUAR LLENANDO TODO EL CUESTIONARIO. AL FINAL FIRME EL CUESTIONARIO.

Historial Medico:

Esta embarazada o lactando? Si No Fecha de su ultima revision medica? _____

Nombre de su Doctor? _____

Anote todas las **medicinas** que este tomando (incluyendo gotas para los ojos y medicinas sin receta) _____Es **alergico** a alguna medicina? Si No Si la respuesta es si, favor de anotarlo _____**Favor de marcar cualquier sintoma o condicion que tenga:**

Ojos: Dolor Destellos Ojos Rojos Vista Doble Perdida de Vista
 Ardor Comezon Ojos Llorosos Heridas en los Ojos Sensibilidad a la luz
 Mucosidad Resequedad Vista Borrosa Infecciones cronicas Degeneracion de la macula
 Glaucoma Cataratas Vista Cansada Aureolas alrededor de las luces
 Cirugia ocular, Si ha tenido cirugias en los ojos, que tipo y cuando? _____

Sistematico: Ninguna

Artritis	Diabetes	Sordera	Alta presion	Artritis reumatica	Problemas de tiroide
Anemia	Fiebre	Sangrado	Reflujo Acido	Alergias ambientales	Problemas de vejiga
Asma	Lupus	Migrañas	Colesterol Alto	Enfisema pulmonar	Problemas del higado
Ansiedad	Paralisis	Sinusitis	Dolor de cabeza	Fluctuacion de peso	Problemas del corazon
Cancer	Embolias	Depresion	Bronquitis cronica	Problemas renales	Problemas intestinales
Otras condiciones: _____					

Historial Familiar: (escoger todos los que apliquen) Diabetes Alta Presion
 Ceguera Glaucoma Cataratas Degeneracion de la Macula Desprendimiento de Retina

Historial Social: Esta informacion es confidencial. Si prefiere, puede discutir esta informacion solamente con el/la doctor/a.

Maneja? Si No Si maneja, tiene problemas visuales al hacerlo? Si No
 Utiliza productos derivados del tabaco? Si No Si los utiliza, cuanto tiempo tiene usandolos? _____
 Ingiere bebidas alcoholicas? Si No Si los ingiere, que tipo y con que frecuencia? _____
 Ingiere drogas ilicitas? Si No Si los ingiere, que tipo y con que frecuencia? _____
 Ha sido expuesto o infectado con alguna enfermedad sexual contagiosa? Si No

Firma del Paciente o Tutor (si es menor de edad)_____
Fecha