



HISTORICAL MEDICO

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____

ÚLTIMO EXAMEN DE OJOS: _____

ÚLTIMO EXAMEN MÉDICO: _____

DOCTOR EN MEDICINA: _____

Método preferido de contacto (marque con un círculo): texto teléfono
 correo electrónico

¿Como supiste de nosotros? _____

Seguro medico _____ Seguro de vision _____

Nombre del titular de la póliza principal: _____

Titular de la póliza principal fecha de Nacimiento: _____

Titular de la póliza principal número de seguridad social: _____

HISTORIAL MÉDICO

Enumere todos los medicamentos que toma (incluidos los anticonceptivos orales, la aspirina, los medicamentos de venta libre y las vitaminas):

Listar cualquier alergia incluyendo alergias a medicamentos: _____

Enumere todas las lesiones mayores, cirugías y / u hospitalizaciones: _____

Liste cualquiera de los siguientes que ha tenido: ojos cruzados, ojo vago, párpados caídos, glaucoma, enfermedad de la retina, cataratas, infección ocular u ojo Lesion: _____

Usas lentes? _____

Usas lentes de contacto? _____

Por favor, compruebe si ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Discapacidad de Desarrollo | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Anafilaxia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimers | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Fibre del Heno | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis | <input type="checkbox"/> Esclerosis Multiple | <input type="checkbox"/> Arthritis |

Por favor, compruebe si ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, or C | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Ampollas de Fiebre | <input type="checkbox"/> Boca Seca | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Síndrome de Fatiga | <input type="checkbox"/> Tos Frecuente |
| <input type="checkbox"/> Diarrea Frecuente | <input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos | <input type="checkbox"/> Sed Excesiva |
| <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja |
| <input type="checkbox"/> Rosácea | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Osteoarthritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuente | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Problemas de sangre/sangrado | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas / ETS | |

HISTORIAL FAMILIAR

¿Alguien en su familia ha tenido, o ha tenido, alguno de los siguientes?

(Relación con el paciente: P- Padre, M - Madre, T - Tío, T - Tía, HA - Hermana, HO - Hermano, AO - Abuelo, AA - Abuela)

Glaucoma _____	Retinopatía diabética _____
Enfermedad corneal _____	Degeneración macular _____
Cataracts _____	Desprendimiento de Retina _____
Retinitis Pigmentosa _____	Ojos cruzados / perezoso _____
Diabetes _____	Derrame Cerebral _____
Problemas del corazón _____	Alta presión sanguínea _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué te trae por hoy? _____

¿Cuántas horas al día pasas en una computadora o dispositivo digital? _____

¿Experimenta el ojo seco? _____

¿Alguna vez tienes dolores de cabeza después de leer o usar la computadora? _____

¿Las palabras alguna vez se mueven en la página cuando lees? _____

¿Alguna dificultad para ver mientras conduces de noche? _____

¿Usas productos de tabaco? _____ Si es así, ¿cuánto? _____

¿Bebes alcohol? _____ Si es así, ¿cuánto? _____

¿Qué hobbies tienes? _____

¿Algo más que le gustaría que el médico supiera? _____

Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Blue River Vision de cualquier cambio en mi estado médico. También autorizo al Dr. Hegewald a realizar los servicios de visión necesarios que pueda necesitar.

Firma

Fecha