

LO SIGUIENTE AYUDARÁ AL MÉDICO EN SU EXAMEN

Fecha: _____

PCP: _____

Apellido legal	Primer nombre legal	MI:	Nombre que debe abordar el personal:	
Fecha de nacimiento	Seguridad Social	Género		Circule uno
		METRO F Otro		Viudo Casado Soltero Divorciado
Dirección:		Apto#	Estado de la Ciudad	Código postal
Dirección de correo electrónico:			Teléfono diurno:	Teléfono de casa:

En caso de emergencia, comuníquese con: _____ Teléfono diurno: _____

Si es menor **quien es responsable de la cuenta?** Nombre: _____

Teléfono: _____

¿Alguna nueva alergia a medicamentos, alimentos, colorantes, etc.? Si es así, enumere la reacción:

Indique cualquier medicamento NUEVO desde la última visita:

Enumere cualquier cirugía NUEVA desde la última visita:

Enumere las principales enfermedades (glaucoma, diabetes, presión arterial alta, ataque cardíaco, etc.):

_____ ¿Fumas?

_____ ¿Tu bebes? _____

Por favor, cuéntenos de cualquier problema que tenga con sus ojos hoy:

¿Estás interesado en los contactos de hoy? _____

¿Está interesado en hablar sobre Lasik hoy? _____

Evaluación anual de la retina

- Dilatación (forma tradicional, cubierta por planes de visión)
- OptoMap (esta nueva tecnología NO requiere dilatación y es lo último en tecnología para controles de retina. Tarifa por el OptoMap cuesta \$ 35.
- Sin dilatación ni OptoMap

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor, pase la página →

Ojos	si	No	En caso afirmativo, indique cuándo comenzaron los síntomas.
Pérdida de visión			
Visión borrosa			
Fluctuante Visión			
Visión distorsionada			
Sequedad			
Pérdida de lado Visión			
Mucoso Descarga			
Enrojecimiento			
Arenoso o arenoso Sensación			
Picazón o Ardiente			
Sensación de algo en ojo			
Exceso de lágrimas			
Luz o deslumbramiento Sensibilidad			
Dolor de ojos o Dolor			
Infección del ojo o párpado			
Ojos cansados			
Ojo cruzado o Ojo vago			
Párpado caído			
Destellos de luz en Vision			
Flotadores en Visión			
Otro			