

SUNSET EYECARE PATIENT HISTORY

Apellido: _____ Nombres: _____ MI: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular/Trabajo: _____

Número de seguridad social: _____ Fecha de Nac: _____ La edad: _____

E-mail: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

El estado civil: Soltero Casado Necesita la asistencia de enfermería: Sí No

Tiene seguro de salud: Medicare Medicaid Otra: _____

Seguro de la vista (lista de proveedores): _____

Cómo se enteró de nuestra oficina: SunsetEyecare.com Anuncio de periódico Anuncio de radio

Anuncio de televisión Anuncio de Internet Anuncio de la agenda telefónica Referido por el médico

INFORMACIÓN MÉDICA/REVISIÓN DE SISTEMAS

Cómo está tu salud en general: Bueno Razonable Pobre

Tiene problemas de salud (Por favor liste): _____

Está teniendo otros problemas con los siguientes sistemas (Por favor indique)

Gastrointestinal Nervioso Respiratorio Diabetes

Musculoesquelético Mental Tegumentario (piel)

Oídos/Nariz/Garganta Cardiovascular Genitourinario

Alérgico/Inmunológico Sangre/Linfa Endocrino (hormonal)

Enumere TODOS LOS MEDICAMENTOS, hormonas y anticonceptivos: _____

Enumere todas las alergias y reacciones a los medicamentos: _____

Enumere todas las cirugías importantes, enfermedades y las fechas en las que ocurrieron: _____

Usa cigarrillos/tabaco: Sí No Bebes alcohol: Yes No Otra: _____

Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____

HISTORIA FAMILIAR

Diabetes Sí No Relación: _____ Degeneración macular: Sí No Relación: _____

Glaucoma Sí No Relación: _____ Desprendimiento de retina: Sí No Relación: _____

Ceguera Sí No Relación: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL OJO

Ha tenido alguna cirugía ocular: Sí No Por favor liste: _____

Ha tenido alguna lesión en los ojos: Sí No Por favor liste: _____

Tiene alguna enfermedad conocida del ojo: Sí No Por favor liste: _____

Fecha de su último examen de la vista: _____ Nombre del médico: _____