

¡BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA!

**PHILIP R. MILL, O.D.
MICHAEL D. SUTTON, O.D.**

Nombre del paciente _____ Escoja una: _____
Hombre/Mujer Fecha _____

Dirección _____ Ciudad _____ Cód. Pos. _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ # Seg. Social _____

Teléfono del domicilio _____ Biper/tel. celular _____

Lugar de trabajo _____ Ocupación _____ #Tel. del trabajo _____

Corre electrónico _____

Nombre del esposo/a _____ Fecha del ultimo examen de la vista _____

Nombres del los niños, edades y fecha del ultimo examen: _____

¿A quién le agradecemos la recomendación? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Información primaria del seguro

Nombre _____ Fecha de nac. _____ #SS _____

(Si distinto del nombre de arriba)

Nombre del seguro _____ #Póliza _____

Si el paciente es menor de edad – en el evento que yo no pueda acompañar a mi hijo, yo autorizo a _____ o a _____ para acompañarlo a la oficina del doctor y para recibir información sobre su salud.

Firma del paciente o tutor legal _____

*****FAVOR DE VER EL REVERSO*****

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre del doctor principal _____ Fecha de su última visita _____

Fecha del último examen de la vista _____ ¿Dónde? _____ ¿Le dilataron los ojos? _____

¿Usa anteojos? S/N ¿Usa lentes de contacto? S/N **Si sí, ¿para qué propósito?**

De cerca (para leer) S/N **Intermedio (computadora)** S/N **Distancia (manejar)?** S/N

¿Ha sufrido o sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones? **ESCOJA SI O NO**

Visión borrosa	S/N	Glaucoma	S/N
: uno/ ambos		Cataratas	S/N
a distancia/de cerca		Presión alta	S/N
Dolores de cabeza frecuentes	S/N	Diabetes	S/N
Ojos secos	S/N	Tipo/Fecha _____	
Ardor dentro o alrededor de los ojo	S/N	Otras condiciones de los ojos	S/N
Viendo negro, manchas que flotan	S/N	Explique _____	
Viendo destellos de luz	S/N	Cirugía/herida de los ojos	S/N
Nube o cortina cubriendo parte de la visión	S/N		

¿Ha tenido alguna operación? S/N Tipo: _____ ¿Cuándo? _____

¿Fuma cigarrillos o masca tabaco? _____ ¿Bebe alcohol? _____ ¿Otra sustancia(s) _____

¿Alergias? _____

Medicinas que toma actualmente

Razón (presión alta, diabetes, etc.)

HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA

Presión alta	S/N	Relación _____	Diabetes	S/N	Relación _____
Glaucoma	S/N	Relación _____	Degeneración macular	S/N	Relación _____
Cataratas	S/N	Relación _____	Desprendimiento/retina	S/N	Relación _____
Otras condiciones de los ojos	S/N	¿Qué clase? _____			Relación _____

INICIE CON LA FECHA – SOLO UNA VEZ AL AÑO

He revisado este formulario y la información arriba refleja correctamente mi historial medico actual y de la salud de mis ojos.

Iniciales del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del paciente _____ Fecha _____

Iniciales del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del paciente _____ Fecha _____