

brentwoodeyecare an optometry group

350 john muir parkway, suite 200
brentwood, ca 94513
phone: (925)634-6101

Bienvenido a Nuestra Oficina

Nombre del paciente
Sr. Sra. Srta. _____
Fecha de Hoy _____
Esposo/a o Padre _____
Nombre de Hijo(s) _____ Edad _____
_____ Edad _____
Dirección _____
Ciudad, Estado, C.P. _____
Fecha de Nac. _____ Edad _____ Sexo : F M
Tel. _____ Tel. de Celular _____
Tel. de Trabajo _____ ext. _____

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Alergias	Artritis	Enfermedad del Corazón
Asma	Cáncer	Enfermedad de la Piel
Diabetes	Cataratas	Presión Alta de la Sangre
Glaucoma	Cirujía de Ojos	Lesión de los Ojos
Nervios	Problemas de riñones	
Otro/a	_____	

MEDICACIONES ACTUALES (Con o sin receta médica)

Nombre de Medicinas

Antihistamínico	_____
Pastillas para la presión	_____
Diurético	_____
Anti-conceptivos orales	_____
Pastillas para dormir	_____
Gotas	_____
Otro/a	_____
Alergias a medicinas	_____
Fecha de su Ultimo Examen Físico	_____
Nombre de su Médico	_____
Fecha de Su Ultimo Examen de la Vista	_____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Relación al Paciente

Ceguera	_____
Glaucoma	_____
Diabetes	_____
Alto Colesterol	_____
Otro/a	_____

HISTORIA SOCIAL

Esta información se mantiene completamente confidencial. Pero si usted prefiere puede discutir esta porción con el doctor. Esta información es muy importante por razones medicas y también son requeridas por su seguro medico.

Sí, prefiero discutir la información de mi historia social con mi doctor.

Sí No ¿Usa usted productos de tabaco?
Sí No ¿Toma usted alcohol?

Patrono/Escuela _____
Ocupación/Grado _____
¿Cual es la razón de su visita? _____

¿Tiene algun problema con sus lentes de contacto o lentes actuales? _____

Seguro de Visión: Medicare
 VSP
 Ninguno

de identificación de poliza _____

de Seguro Social del miembro _____

¿Tiene doble cobertura? Sí No

¿Como va a pagar su cuenta de hoy?

Cheque Tarjeta de credito Efectivo

¿Cuales de estos symptoms experimenta? (marque todos los que apliquen)

Quemazón	Lentes incómodos
Comezón	Perdida repentina de la vista
Nausea	Sensibilidad a la luz
Ojos llorosos	Mareos ó desmayos
Doble vista	Visión borrosa de lejos
Destellos de luz	Visión borrosa de cercas
Reflejos	Ojos arenosos
Dolor	Objetos que flotan en la vista
Tensión de ojos	Dificultad para mirar de noche
Dolor de cabeza	Ojos resecos
Rojez de ojos	Otro

NESECIDADES VISUALES

Usted ... (marque sí su respuesta es sí)

¿Trabaja en computadora por largo tiempo?
¿Tiene un solo par de lentes?
¿Quiere informacion sobre lentes ligeros y delgados?
¿Usa bifocales?
¿Quiere informacion de bifocales sin linea?
¿Pasa largo tiempo afuera?
¿Alguna vez tiene necesidad de lentes para el sol?
¿Tiene problemas con reflejos(ex. manejando de noche)?
¿Tiene trabajo que requiere lentes de proteccion?
¿Participa en deportes? ¿Cuales? _____
¿Quiere mas informacion sobre cirujia correctiva?
¿Usa o ha usado lentes de contacto? ¿De cuales? _____

Al firmar abajo, Yo acepto responsabilidad financiera de todos los servicios y materiales que no son cubiertos por mi proveedor de seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

Al firmar abajo, Yo acepto responsabilidad financiera de todos los servicios y materiales que no son cubiertos por mi proveedor de seguro.

Firma: _____ **Fecha:** _____