

Bienvenidos a North Lake Optometria

Nombre: _____ Fecha de Hoy: _____
 Dirección de envío/Apartado de correos: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono móvil: _____
 Correo Electrónico: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Número de seguro social: _____ Último Exámen: _____
 Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____
 Razon principal de la visita de hoy _____

A quién podemos agradecer por recomendarlo a nuestra oficina? __ Google __ Internet __ Amigo/Familia __ Otro

Usas lentes? __ No __ Sí En caso afirmativo, cuántos años tienen sus anteojos actuales? _____

Usas contactos? __ No __ Sí En caso afirmativo, qué tipo y marca? _____

Ha tenido alguna cirugía / lesión ocular y fecha? _____

Revisión de sistemas (ROS)

Actualmente, o ha tenido algún problema en las siguientes áreas:

CONSTITUTIONAL	Sí	No	GASTROINTESTINAL	Sí	No
Discapacidades del Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OREJA, NARIZ, GARGANTA			Reflujo Ácido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad celíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITOURINARIO		
Boca Seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laringitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad/Cáncer de Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUROLÓGICO			STD-Herpes o Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUSCULOESQUELÉTICO		
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distrofia Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSIQUIÁTRICO			INTEGUMENTARIO		
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit de Atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rosáceo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes simple/Herpes Labial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR			Herpes Zoster/Culebrilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta (hipertensión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENDOCRINO		
Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo II (típicamente adulto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRATORIO			Disfunción Hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO		
Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de sangre (gran volumen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstrucción Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea del Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto (hipercolesterolemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other _____			ALERGIA/INMUNE		
			Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Síndrome de Sjogren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS:

List any medications you take:

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia-veces/día
1) _____		
2) _____		
3) _____		
4) _____		

ALERGIAS:

Enumere cualquier alergia a los medicamentos __ninguno __penicilina __sulfa __otra __

Nombre del doctor: _____ Último examen médico: _____

CONDICIONES DE SALUD OCULAR

Glaucoma
 Catarata
 Degeneración Macular
 Ojos Secos
 Estrabismo (giro de los ojos)
 Ambliopía (mala visión en un ojo)
 Desprendimiento de Retina
 Queratocono
 Otra _____

Sí	No

SOLO MUJERES

Estás embarazada?
 Estás amamantando?

Sí	No

HISTORIA SOCIAL

Bebes alcohol?
 Utiliza productos de tabaco?

Sí	No

En caso afirmativo, tipo/cantidad/cuánto tiempo: _____
 En caso afirmativo, tipo/cantidad/cuánto tiempo: _____

HISTORIA FAMILIAR**ENFERMEDAD/CONDICIONES**

Cáncer
 Diabetes Tipo I
 Diabetes Tipo II
 Presión arterial alta (hipertensión)
 Hipertiroidismo (tiroides alta)
 Hipotiroidismo (tiroides baja)

Tenga en cuenta cualquier historial familiar inmediato para las siguientes condiciones

RELACIÓN CON USTED (en caso afirmativo circule uno o más)

Sí	No	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija

Catarata
 Degeneración Macular
 Glaucoma

Sí	No	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija

IMÁGENES/FOTOGRAFÍA RETINIANA

La fotografía retinal digital es un procedimiento avanzado que utiliza una cámara retinal altamente especializada. Es un documento fotográfico del revestimiento interno del ojo. Como nada toca el ojo, es indoloro y no tiene efectos secundarios. Con la fotografía de retina somos capaces de detectar signos tempranos de problemas de retina y manejarlos antes de que su visión se dañe. En algunos casos, el seguro puede cubrir o reducir el costo. La tarifa es de \$47 por una imagen de ambos ojos. Recomendamos el procedimiento para todos los pacientes en su primera visita y luego cada 1 o 2 años.

<input type="checkbox"/>	Sí, doy mi consentimiento para las imágenes de la retina (\$47.00)
<input type="checkbox"/>	Me gustaría discutir este procedimiento con el médico.