

# INFORMACION PERSONAL

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion (calle): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Telefono (casa): \_\_\_\_\_ Telefono (trabajo): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Numero de MediCare: \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo (a): \_\_\_\_\_ Hijos dependes: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de 18 anos de edad, complete esta seccion por favor

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Direccion (calle): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codiga Postal: \_\_\_\_\_

Telefono (casa): \_\_\_\_\_ Telefono (trabajo): \_\_\_\_\_

Quien lo refirio a esta oficina? \_\_\_\_\_

Quien es su doctor regular? \_\_\_\_\_

Que medicamento esta tomando regularmente? \_\_\_\_\_

Respecto(a) al paciente:

Usted tiene: (por favor marque...)

No \_\_\_\_\_ Condicion del Corazon \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_  
Baja Precision Sanguinea \_\_\_\_\_ Alta Precision Sanguinea \_\_\_\_\_  
Cinucitis o Alergias \_\_\_\_\_ Jaquecas frecuentes \_\_\_\_\_  
Necisita Oxigeno \_\_\_\_\_ Otros/as \_\_\_\_\_

Es usted alergico(a) a qualquier medicamento?:

No \_\_\_\_\_ Penicilina \_\_\_\_\_ Sulfa \_\_\_\_\_  
Antitoxina \_\_\_\_\_ Aspirina \_\_\_\_\_  
Demard \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido?:

No \_\_\_\_\_ Cataratas \_\_\_\_\_ Ojo derecho \_\_\_\_\_ Ojo izquierdo \_\_\_\_\_  
Glacoma \_\_\_\_\_ Ojo derecho \_\_\_\_\_ Ojo izquierdo \_\_\_\_\_  
Operacion en el ojo \_\_\_\_\_ Ojo derecho \_\_\_\_\_ Ojo izquierdo \_\_\_\_\_

Otros problemas de sus ojos (por favor explique): \_\_\_\_\_

Alguien en su familia ha tenido?:

No \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Cataratas \_\_\_\_\_ Glacoma \_\_\_\_\_  
Operacion en el ojo \_\_\_\_\_ Otros problemas \_\_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

Usa lentes?:

No \_\_\_\_\_ Vision singular \_\_\_\_\_ Bifocales \_\_\_\_\_  
Multifocales \_\_\_\_\_ Lentes de contacto \_\_\_\_\_

Por favor sea tan amable de dar un plazo de viente y cuatro horas antes para cancelar una cita. De lo contrario, tenemos el derecho de cobrar una cantidad mimima basada en el manto del tiempo de la cita. Gracias.

Firma \_\_\_\_\_