



703 N Main St. Kissimmee, FL 34744 Tel: (407) 350-4342

INFORMACION GENERAL

Primer Nombre, Segundo nombre, Apellido

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Numero de Teléfono

celular / casa / trabajo

Correo Electrónico

Forma de Contacto Preferido

celular | correo electrónico | texto | otro (explique)

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento

Masculino/Femenino

Empleador/Ocupación

Tiempo completo | Medio Tiempo

Estado Civil

Casado(a) | soltero(a) | divorciado(a) | separado(a) | viudo(a)

Lenguaje, Raza, Etnicidad

Contacto de Emergencia y Número de Teléfono

INFORMACION DE SEGURO

Seguro de Vision

Miembro en la Aseguración de Vista

Número de Identificación del miembro

Fecha de nacimiento del miembro principal

Aseguración Medica Primaria

Nombre del Primario en Seguro

Número de Identificación del Seguro

Número de Póliza/Grupo

Fecha de nacimiento del miembro principal

Seguro Social del miembro principal

Empleador del miembro principal

Relación del paciente con el miembro principal

esposo(a) | hijo(a)

| otro(a) (explique)

Seguro Médico secundario

Nombre del miembro del seguro médico secundario

Identificación del seguro médico secundario

Número de Póliza/Grupo del seguro medico secundario

Fecha de Nacimiento del miembro en seguro medico secundario

Seguro Social del miembro en seguro medico secundario

Relación del paciente con el miembro del seguro medico secundario



703 N Main St. Kissimmee, FL 34744 Tel: (407) 350-4342

HISTORIAL DE OJOS

Ultimo examen de los ojos _____

Usa espejuelos actualmente? _____

Usa lentes de contacto actualmente? _____

Razon por su visita _____

Usted o un familiar a tenido o ha sido tratado por alguno de los siguientes problemas? Circule todos los que aplican

Cataratas	si	no	familiar
Ojos Cruzados	si	no	familiar
Glaucoma	si	no	familiar
LASIK or PRK	si	no	familiar
Ojo Vago	si	no	familiar
Degeneración Macular	si	no	familiar
Desprendimiento de Retina	si	no	familiar

Actualmente le sucede o le sucedió lo siguiente? Circule todo los que apliquen.

Vision borrosa *Cerca o lejos*

Ardor

Lagañas

Vision doble

Resequedad

Exceso de lagrimas

Infeccion de ojos

Dolor de ojos

Sombras o manchas

Dolor de cabeza

Comezon/Picor

Destellos de luz

Sensibilidad a la luz

Aureolas

Ojos rojos

Ojos arenosos

Firma: _____

HISTORIAL MEDICO

Usted o alguien en su familia a tenido o sido tratado por lo siguiente? Circule todos los que apliquen.

SIDA/HIV	si	no	familiar
Alergias	si	no	familiar
Artritis	si	no	familiar
Asma	si	no	familiar
Problemas de sangre	si	no	familiar
Cancer	si	no	familiar
Diabetes	si	no	familiar
Condicion de oidos, nariz garganta	si	no	familiar
Condicion Gastrointestinal	si	no	familiar
Enfermedad del Corazón	si	no	familiar
Alta Presion Arterial	si	no	familiar
Colesterol Alto	si	no	familiar
Enfermedad del Riñon	si	no	familiar
Lupus	si	no	familiar
Condicion Neurologica	si	no	familiar
Trastorno Psiquiatrico	si	no	familiar
Convulsiones	si	no	familiar
Condicion de la Piel	si	no	familiar
Derrame Cerebral	si	no	familiar
Disfuncion de la Tiroides	si	no	familiar

Medicamentos Actuales (recetados y no recetados; dosis)

Alergias a Medicamentos

Estatura _____ **Peso** _____

Esta embarazada ó lactando? _____

Fuma ó a fumado antes? _____

Fecha: _____