



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

INFORMACION GENERAL

Nombre Completo: _____ Nombre Preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero Celular: _____ Autorizo mensajes de textos: SI o NO

Número de Teléfono (Casa): _____ Número de Teléfono (Trabajo): _____

Correo Electrónico _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Femenino | Masculino (Por favor encerrar en un círculo)

Empleador: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: Casado (a) | Soltero (a) | Divorciado (a) | Viudo (a) (Por favor encerrar en un círculo)

Lenguaje: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____

Contacto de Emergencia: _____ Numero de Telefono: : _____

Si desea autorizar a alguien para recoger lentes/lentes de contacto/receta, por favor colocar la información de la persona:

1. _____ Relacion con el paciente: _____

2. _____ Relacion con el paciente: _____

3. _____ Relacion con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____



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

HISTORIAL DE OJOS

Ultimo examen de los ojos: _____

Actualmente Utiliza: Lentes | Lentes de Contactos | Ambos | Nada

Razón 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 lo 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

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
Condición de oídos, 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? SI / NO _____ **¿ Ha fumado antes? SI / NO** _____

Firma: _____

Fecha: _____