

HISTORIAL MEDICO — CONFIDENCIAL

Nombre _____ Que nombre prefiere ser llamado _____ Fecha _____

Dirrección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Fecha de nacimiento _____

Telefono de Casa _____ Telefono de Trabajo _____ Numero de Celular _____

Occupación _____ Empleador _____ Si es Estudiante: Grado Y Escuela _____

Nombre y Telefono en caso de Emergencia _____ SS# _____

Nombre de Padre o Conyuge _____ REFERIDO POR _____

Nombre, Dirrección y Telefono de Medico Personal _____

Nombre de Seguro de la VISION _____ Nombre de Seguro MEDICO _____ Nombre del Miembro del Seguro _____

HISTORIAL PERSONAL DE LA SALUD: Por favor marque si usted actualmente tiene o ha tenido alguno de las siguientes condiciones: S = SI N = NO

Condicion del Corazón	S	N	Tiroides	S	N	Riñones	S	N	Ataque	S	N	Lesión / Sirugia (ojos)	S	N	Ojo Perezoso	S	N
Diabetes	S	N	Lupus	S	N	Cáncer	S	N	Convulsiones	S	N	Glaucoma	S	N	Cataratas	S	N
Presión Alta	S	N	Crohn's	S	N	Artritis	S	N				Degeneración Macular	S	N			

Es alérgico algún medicamento? S N Si la respuesta es Si, explique: _____

Apunte todo medicamento que este tomando incluyendo vitaminas, medicamento sin receta, etc. _____

Está Embarazada o Amamantando? S N

Apunte lesiones graves, sirugias o hospitalizaciones que ha tenido: _____

CUÁNDO FUE SU ÚLTIMO EXAMEN DE LOS OJOS? _____

Usa lentes? S N Que edad tienen sus lentes? _____ Cree que ha cambiado su vision? S N

Usa contactos? S N ___Desechables ___Uso Prolongado ___Permeables a Gas Sus contactos se secan después de un rato? S N

HISTORIAL DE FAMILIA: Por favor indique CUAL familiar tiene alguna condicion: M = Madre P= Padre H= Hermano/a A=Abuelo/a T= Tio/a

Condicion del Corazón	S	N	Tiroides	S	N	Enfermedad de Riñones	S	N	Ceguera	S	N	Glaucoma	S	N
Diabetes	S	N	Lupus	S	N	Cáncer	S	N	Visco o Ojo Perezoso	S	N	Degeneración Macular	S	N
Presión Alta	S	N	Arthritis	S	N	Otro:			Cataratas	S	N			

REPASO DE SYSTEMAS: Por favor indique si USTED tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

OJOS: Visión Borrosa S N Visión Distorcionada S N Luz Deslumbrante S N Sensación Arenosa S N Enrojecimiento S N Lagañosos S N

Visión Doble S N Perdida de Visión Lateral S N Sensible a la Luz S N Llorosos S N Picazón en los Ojos S N Infecciones Crónicas S N

Perdida de Visión Repentina S N Luces / Manchas S N Ojos Cansados S N Ardor S N Ojos Resecos S N Dolor de Ojo S N

GASTROINTESTINAL:	OIDO / NARIZ / GARGANTA:	CARDIO-VASCULAR:	CONDICION DE PIEL:	CONSTITUCIONAL:	HUESOS / COYUNTURA:
Diarrhea S N	Alergias S N	Dolor de Pecho S N	Eczema S N	Fiebre Crónica S N	Dolor de Coyuntura S N
Estreñimiento S N	Hay Fever S N	Coagulos de Sangre S N		Baja/Sube de Peso S N	Dolor de Musculos S N
LYMPH / SANGRE:	Nariz Liquida S N	Presión Alta S N	NEUROLOGICO:	GENITOURINARIO:	Artritis Reumatico S N
Anemia S N	Goteo Nasal S N	PSIQUIATRIA: S N	Dolor de Cabeza S N	Riñones S N	RESPIRATORY:
Sangrado S N	Boca/Garganta Seca S N	ALERGICO: S N	Migrañas S N	Vejiga S N	Asma S N
			Convulsiones S N	Genitales S N	Enfisema S N

Si la respuesta es si, por favor explique si es nesesarrio _____

HISTORIAL SOCIAL: Su visión le limita de alguna actividad diaria preferida (___manejar, ___leer, ___trabajar, ___deporte, ___tejer, ect.)? S N

Participa en deportes? S N Si la respuesta es si, cuales _____

Tiene pasatiempos? S N Si la respuesta es si, cuales _____

Usted Fuma? S N Si dice Si, Cuanto? _____ Bebe Alcohol? ___No ___Rara vez ___Social ___Fines de Semana ___Diario

RECONOCIMIENTO: Reconosco que he recibido, y leído, y entendido la política privada practicada en Bensenville Eye Care

Firma: _____ Fecha: _____ Revisado por el Dr. _____ Fecha: _____