

La información en este formulario de historia personal confidencial es crucial para la evaluación de su vista.

Historial del paciente: Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____
Tel. casa (_____) _____ Tel. móvil (_____) _____
Seguro social # _____ / _____ / _____ Licencia de conducir # _____
Empresa/patrono _____ Tel. trabajo (_____) _____ Ext. _____
Persona responsable por su cuenta _____
Fecha de su último examen ocular _____ ¿Alguna vez ha recibido terapia de la vista? Sí No
¿Alguna vez ha usado anteojos? Sí No ¿Usa anteojos ahora? Sí No
Si indicó que sí: para distancia solamente para de cerca solamente los usa continuamente
 para pantalla de computadora deportes

Esta es su oportunidad de contarnos sobre todas las áreas de preocupación concerniente a su vista.

¿Cuál es la razón principal por su visita hoy día? _____

¿Hay momentos en los cuales su vista (o lentes actuales) no son precisos? _____

¿Hay algunas actividades que disfrutaría, pero se tiene que restringir por problemas con su vista? _____

¿Cómo le interesa mejorar su vista? Cirugía refractiva Corrección por láser Sin cirugía

HISTORIAL DE SALUD: Indique todas las condiciones que le aplican o que existen en su familia.

Alergias	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Ojo vago	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Ojo girado	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Cáncer	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Daltónico	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Diabetes	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Sensible a la luz	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Sensible a fármacos	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Fatiga visual	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Resequedad de ojos	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Problema cardíaco	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Flotadores/motas	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Luces parpadeantes	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Tiroides	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Desprendimiento retinal	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Migraña o dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Ceguera	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Trauma a la cabeza	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Cataratas	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
			Glaucoma	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
			Cirugía o lesión ocular	_____	

¿Está bajo el cuidado de un médico en la actualidad? Sí No Nombre del médico: _____

¿Está tomando medicamentos con regularidad? Sí No Fecha de su último examen físico _____

¿Por qué condiciones? 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Generalmente, ¿cómo es la salud de su hijo? (indique cuál) Excelente Bien Adecuada Mala

¡MUY IMPORTANTE!! PACIENTES NUEVOS: ¿A QUIÉN LE AGRADECEMOS POR REFERIRLO A NOSOTROS?

Nombre del amigo o el pariente _____

Si no fue referido, ¿cómo escogió nuestra oficina para satisfacer sus necesidades oculares? Indique su respuesta:

Pariente Otro doctor Páginas amarillas
 Amigo Lista de aseguranza Vio el letrero/edificio Otra fuente _____

Por favor complete ambos lados de este formulario lo más cabalmente posible

¿Usa pupilentes en la actualidad? Sí No ¿De qué tipo? _____
¿Ha tenido problemas con el uso de los pupilentes? Sí No Descríbalos _____

¿Se le ha dicho que nos los puede usar? Sí No ¿Le interesa intentar usarlos? Sí No

OCUPACIÓN: ¿Qué tipo de trabajo hace? _____

¿Qué actividades desempeña en su trabajo?: (Indique todas las que aplican) manejar mecanografiar
entrada de datos computadoras programación inspeccionar contabilidad escribir/editar uso de hojas de cálculo
cargar repartir ventas supervisar instrumentos.

Otras actividades: _____

¿Usa una computadora en su trabajo? . . . Sí No # horas al día _____
¿Usa una computadora en su casa? . . . Sí No # horas al día _____
¿Qué lentes usa? Ninguno anteojos bifocales pupilentes
Al computar, sus ojos se ponen rojos secos dolorosos
Siente dolor o incomodidad en su. . . cuello espalda hombro
¿Se le "mueven" las letras? Sí No
¿Le molesta las luces de oficina? Sí No
¿Le molestan los reflejos o el resplandor? Sí No
¿Se le difícil revisar o encontrar errores? Sí No

¿Experimenta las próximas incomodidades en el trabajo o en la casa?

- ¿Dolores de cabeza? ¿Las letras se le hacen borrosas mientras lee? ¿Vista doble de vez en cuando?
- ¿Fatiga ocular? ¿Ojos rojos o llorosos? ¿Sensación que algo le jala cerca a sus ojos?
- ¿Le da sueño? ¿Pierde su lugar a menudo? ¿Evita ciertas tareas?
- ¿Batalla más y más para ver claro mientras que avanza el día?
- ¿Evita leer después del trabajo, pero lee los fines de semanas? ¿Qué tanto tiempo puede leer? _____
- ¿Se encorva más para ver su trabajo mientras que avanza el día?
- ¿Ve los letreros en la calle mientras que conduce a su casa después del trabajo?
- ¿Hay momentos en que se le hace difícil enfocar algún impreso u objeto? ¿Cuándo? _____

RECREACIÓN Y ESPARCIMIENTO:

¿En qué actividades recreativas participa? (Indique todas las que aplican) lectura ráquetbol tenis
golf béisbol baloncesto natación acampar coser jugar a la baraja volar videojuegos instrumento
musical

Otras actividades recreativas _____

¿Usa algún tipo de gafas especiales o protectoras para su deporte? Sí No

¿Interfiere su vista o sus lentes con cualquier actividad? Sí No

¿Qué esta hacienda para proteger sus ojos de exposición a los rayos ultravioletas? _____

¿Usa en la actualidad lentes con capa anti-reflectante? Sí No

Televisión: ¿Se le hace incomodo mirarla? Describa la incomodidad: _____

¿Se recuesta mientras la mira? Sí No ¿Le sirven su lentes para mirarla? Sí No

¿Juega videojuegos con frecuencia? Sí No # horas por día _____

CONDICIONES DE PAGO: Nos complace ayudarlo a presentar su reclamo de seguro. Si su seguro no paga la cantidad anticipada o si su seguro le paga directamente, le pedimos que pague el saldo. La política de la oficina exige el pago en el momento del servicio. Si se van a pedir anteojos o lentes de contacto, se solicita un depósito mínimo del 50% y el saldo se debe en el momento de la entrega. Aceptamos efectivo, cheques personales, Visa y MasterCard. Se agrega una tarifa de reposición mensual de \$5 a todas las cuentas con saldos no pagados después de 30 días.

He leído y acepto todas las disposiciones de la política financiera de la oficina.

He recibido / revisado una copia de la política de privacidad de la información de atención médica para la Optometría de Simpson y Mann.

Firma _____ Fecha _____