

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Genero: _____ Correo Electronico: _____ Seguro Social: _____

Telefono De Casa: _____ Estado Civil: _____

Cell Phone: _____ Nombre De Esposo/Esposa: _____

Empleador: _____

Gustaria recibir avisos via texto? No Si

Ocupacion: _____

Referido Por: _____

Nombre De Guardian: _____

Relacion: _____

Hisotria Medica

Fecha De Ultimo Examen Ocular: _____

Nombre De Doctor Medico: _____

Doctor quien lo hizo: _____

Telefono: _____

Direccion: _____

Ultimo Examen Fisico: _____

Marque las que ha tenido alguna vez problemas:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vision borrosa | <input type="checkbox"/> Sequedad | <input type="checkbox"/> Parpado caido |
| <input type="checkbox"/> Arenosos | <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Infecciones |
| <input type="checkbox"/> Doble vision | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Lesion |
| <input type="checkbox"/> Sensible a la luz | <input type="checkbox"/> Flotadores | <input type="checkbox"/> Ojos cansados |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la noche | <input type="checkbox"/> Picazon | <input type="checkbox"/> Lagrimeo |
| | <input type="checkbox"/> Ojos cruzados | <input type="checkbox"/> Ojos rojos |

Marque los que aplican:

- Trabaja en una computadora? Cuantas horas? _____
- Pasa mucho tiempo afuera? _____
- Tiene lentes de sol con prescripcion? _____

Esta embarazada o esta lactando? No Si

Usa o a usado productos de tabacco? No Si, que tan seguido? _____

Toma bebidas alcoholicas? No Si, que tan seguido? _____

Liste cirujias y hospitalizaciones que a tenido: _____

Liste cirujias oculares que ha tenido: _____

Medicaciones:

(Prescripción, sin prescripción, gotas, vitaminas, y pastillas anticonceptivas).

Alergias a alguna medicina? No Si, por favor explique:

Nombre de Farmacia: _____ **Direccion:** _____

