



ENVISION OPTIQUE

Bienvenido a la Oficina

Dr. Michael R. Obregon
Board-Certified Optometric Physician

Por favor llene la forma lo más completo posible, y deje saber a nuestro personal de alguna pregunta

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre Completo: _____
APPELLIDO PRIMER NOMBRE

Direccion: _____

Sexo (M/F): _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador: _____

Ocupacion: _____

#Tel. Primario: _____

#Tel. Secundario: _____

Direccion Email : _____

Methodo preferido de Contacto:

Telephono Textea Email

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO DE VISION:

Nombre del Seguro: _____

Poliza/ ID #: _____

Usted es el principal en la poliza? (S / N) _____

Si no es Principal-Nombre del Principal: _____

Relacion con el principal en la poliza: _____

SEGURO MEDICO:

Nombre del Seguro: _____

Polica/ ID #: _____

Esta asegurado el Principal? (S / N) _____

Si no Principal-Nombre del Principal: _____

Relacion con el asegurado principal: _____

MOTIVO DE LA VISITA

Razon de su visita? (por ejemplo: lentes de contacto, problemas oculares, lentes nuevos) _____

Cómo se enteró de nosotros? sitio web, amigo, familia (por favor, escriba el nombre)? _____

Exige su trabajo necesidades especiales de la visión?(S/N) Tiene resequedad persistente en los ojos? (S / N)

Esta interesado en cirugía correctiva con láser? (S / N) Esta interesado en eliminar lentes sin cirugía? (S / N)

HISTORIA MÉDICA

Por favor liste cualquier **condición médica** en la actualidad o en el pasado: _____

Por favor liste los **medicamentos** actuales (anticonceptivos, hormonas, gotas oculares, suplementos): _____

Nombre de su doctor principal: _____ #Tel: _____ Fecha de su último examen físico: _____

Hay algo más que debemos saber ? _____

REVISIÓN DE SISTEMAS MEDICOS

<i>Por favor marque(✓) cada línea</i>	Si	No	Familia (quien?)
Alergias			
Hipertension			
Enfermedad Corazon			
Diabetes			
Gastrointestinal(Digest.)			
Cancer			
Endocrino/ Tiroides			
Oido-Naiz-Garganta			
Dolores de cabeza			
Urinario			
Sangre Lymphatico			
Respiratorias/Pulmones			
Infecioso			

HISTORIA OCULAR / SÍNTOMAS

Vision borrosa	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Double Vision	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Lectura Cansada	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Puntos Flotando	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Cataratas	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Problemas de Parpados	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Problemas Lacrimales	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Cirugia Ocular	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Trauma Ocular	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Alto Uso Computadora	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Deportes Activo	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Otro: _____				