

NOMBRE DEL HISTORIAL MÉDICO: FECHA del

_____ : CÍRCULO UNO
DEL _____ : DIRECCIÓN FEMENINA MASCULINA: CIUDAD
del _____

_____ : ESTADO del _____ : CÓDIGO
POSTAL DEL _____ : TELÉFONO del _____ : CASERO:
TRABAJO del _____ : CÉLULA del _____ : EDAD
del _____ : FECHA DE NACIMIENTO DEL _____ : NÚMERO DE
SEGURIDAD SOCIAL DEL _____ : _____ SOLO: _____
CASADO: NOMBRE DE S DEL ESPOSO DEL _____ : _____
WIDOWED: DIVORCIO del _____ : CONTACTO DE LA EMERGENCIA DEL _____ :
NÚMERO DE TELÉFONO DEL _____ :

_____ REFERIDO CERCA: DOCTOR MÉDICO DEL
_____ : _____ EMPLEADO
CERCA: OCUPACIÓN del _____ : DIRECCIÓN
DEL TRABAJO DEL _____ : NOMBRE
FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE LA PERSONA DEL _____

_____ (SI NIÑO): DIRECCIÓN del _____

_____ : CIUDAD del _____

_____ : ESTADO del _____ : CÓDIGO
POSTAL DEL _____ : NÚMERO DE TELÉFONO DEL _____ :
RELACIÓN del _____ : PORTADOR DE SEGURO DEL
SEGURO DEL _____ : NOMBRE DE S DEL
SUSCRIPTOR DEL _____

_____ !:
FECHA DE NACIMIENTO DE S DEL SUSCRIPTOR DEL _____

_____ : LA HISTORIA DEL OJO DEL _____

CIRCUNDA POR FAVOR SI USTED TIENE SIGUIENTE UN DE LOS: LECTURA
DE LA DIFICULTAD DIFICULTAD QUE CONDUCE LA VISIÓN POBRE DEL
DOBLE DE LA VISIÓN DE LA DISTANCIA DOLOR DEL OJO DESCARGA
HINCHADA DEL OJO DE LAS TAPAS CATARATAS GLAUCOMA OJO
PEREZOSO FULGOR DIABÉTICO DE RASGADO EXCESIVO DE LA
ENFERMEDAD DE OJO FLOTADORES LUCES QUE DESTELLAN DE LA
DEGENERACIÓN DE MACULAR DOLORES DE CABEZA ¿LA ROJEZ QUE
PICA ESTÁ ALLÍ ANTECEDENTES FAMILIARES DE? GLAUCOMA
CATARATAS STRABISMUS ¿ENFERMEDAD RETINIANA USTED TOMA
GOTAS DEL OJO? ¿NINGÚN ENUMERE SÍ POR FAVOR EL

_____ USTED USAN LOS EYEGASSES? ¿LA
DISTANCIA TRIFOCAL BIFOCAL DE LECTURA USTED USA CONTACTOS?
¿NINGÚN WHO FIT SÍ LE _____ CUÁL ES SU
PRESCRIPCIÓN DE LA LENTE DE CONTACTO?

¿ _____

_____ CUÁNDO ERA SU EXAMEN PASADO DEL OJO?
NOMBRE DE S DEL DOCTOR DEL _____

': ¿EL

_____ LE TIENE TENÍA SIEMPRE CIRUGÍA DEL OJO O CIRUGÍA DEL LASER? SÍ
NINGÚN SI SÍ, EXPLIQUE POR FAVOR: ¿EL

_____ DEL

_____ LE
TIENE TENÍA CUALESQUIERA LESIONES, CIRUGÍAS, U HOSPITALIZACIÓN
RECIENTES? SÍ NINGÚN SI SÍ, EXPLIQUE POR FAVOR: EL HISTORIAL MÉDICO
del

_____ del

_____ circunda por favor S para el uno mismo y R para la DIABETES relativa S/R de la
ANGINA S/R del ASMA S/el MOVIMIENTO S/R de R del CÁNCER S/VIH de R/el
SIDA S/la TIROIDES S de R/la ÚLCERA S de R/la ARTRITIS REUMATOIDE S/R de
R de la TENSIÓN ARTERIAL ALTA S/ATAQUE del CORAZÓN a R S/R S/R
RICOS EN COLESTEROL MEDICACIONES - ENUMERE POR FAVOR DEBAJO
DE MEDICACIONES LISTA DE LA DOSIFICACIÓN TODAS LAS ALERGIAS A
LA MEDICINA REPASADO: FECHA del

_____ :
_____ FIRMA PACIENTE: FECHA del

_____ : _____