

**BIENVENIDO A FAMILY VISION CENTER**

Sr. Apellido Sra.. Srta. Dr.	Nombre Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Lugar de Empleo	Cellular	Teléfono de la casa	Teléfono del Trabajo
Sexo: M F	Número del seguro social del Paciente	Si es menor de edad, nombre del padre o guardián: Número de Seguro Social del padre o guardián: Fecha de Nacimiento del padre o guardián:	

SALUD GENERAL			
	Ud.	No	En la familia
Diabetes			
Hipertensión			
Arthritis			
Lupus			
Problemas de la tiroides			
Neurologico			
Colesterol Otro:			

HISTORIA DE OJOS			
	Ud.	No	En la familia
Glaucoma			
Catarata			
Lesión de ojo			
Ojo Perezoso			
Cirugía del ojo			
Ojos resecos			
Otro: _____			

PROBLEMA VISUAL		
	Con	Sin
Distancia borrosa		
Visión borrosa de cerca		
Dolores de cabeza		
Vegetación o luces		
Ojos que arden,,pican o lloran		
Doble visión		
Otro: _____ _____		

Favor hacer una lista de todas las medicinas que estas tomando incluyendo gotas para los ojos: \_\_\_\_\_

Si eres alérgico a cualquier cosa incluyendo medicamentos favor hacer una lista: \_\_\_\_\_

Fumas? \_\_\_Si \_\_\_No Tienes algún problema con alcohol o abuso de sustancia? \_\_\_Si \_\_\_No

Nombre de tu Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Cuando fue tu último examen de la vista? \_\_\_\_\_ Donde fue? \_\_\_\_\_

Has usado lentes de contacto anteriormente? \_\_\_Tipo? \_\_\_\_\_Estas interesado en lentes de contacto hoy? \_\_\_

**COMPANIA DE SEGURO** \_\_\_\_\_ Número del miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**INFORMACION PARA LA OFICINA**  Para NUEVOS pacientes únicamente. – por favor chequear el cuadro para confirmar que recibieron nuestro Aviso de Práctica de Privacidad. Yo autorizo cualquier tratamiento necesario por el optometrista en la práctica de Family Vision Center y me hago responsable por la cuenta o cualquier costo adicional causado por el no pago de servicios rendidos. Yo autorizo a la oficina de Family Vision Center a suministrar cualquier información necesaria para acelerar el reclamo al seguro o obtener cualquier información medica/visión necesaria de parte de mi medico o cualquier entidad médica.

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

