

BIENVENIDO A FAMILY VISION CENTER

Sr. Apellido Sra.. Srta. Dr.	Nombre Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy
Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal
Lugar de Empleo	Ocupación	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			
	Si	No	En la familia
Diabetes			
Hipertensión			
Problemas del corazón			
Asma			
Problemas de la tiroides			
Artritis			
Otro: _____			

HISTORIA DE OJOS			
	Si	No	En la familia
Glaucoma			
Catarata			
Lesión de ojo			
Ojo Perezoso			
Cirugía del ojo			
Infección de ojo			
Otro: _____			

PROBLEMA VISUAL		
	Si	No
Distancia borrosa		
Visión borrosa de cerca		
Dolores de cabeza		
Vegetaciones 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: _____

