

Bienvenidos A La Oficina De La Dr. Marinda D. Hofacre, Doctora De Optometría

(Marque Uno) Sr. ___ Sra. ___ Srta. ___ D. ___ Dr. ___ Dra. ___

Nombre del Paciente: _____ Sexo: M/F Edad: _____ Nacido/da el: _____

Nombre del padre si el paciente es menor de edad: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Celular _____ Numero de Casa _____

Correo Electrónico: _____

Ocupación _____ Empleador _____

Cuál Es La Razón De Su Visita: *(Circule las opciones que apliquen)*

Anual/Primer Examen de los Ojos. Examen para lentes de contacto Problema de Visión\Salud. Consulta LASIK

Fecha de su último examen: _____ Edad de sus lentes actuales: _____

Actualmente usa lentes de Prescripción? Si o No Cree que necesitara lentes de prescripción? Si o No

Actualmente usa lentes de contacto? Si o No Está interesado\a en el uso de lentes de contacto? Si o No

Esta interesado/a en LASIK, cirugía de rayo laser para los ojos? Si o No

Sufre de alguna problema de visión? *(Circule las opciones que apliquen)*

Visión Borrosa Visión Doble Ojos Secos Ojos Irritados Ceguera/Pérdida de Visión

Destellos de Luz Flotadores en Visión Ojos Cruzados/Vagos

En el pasado ha tenido alguna de las opciones que siguen? *(Circule las opciones que apliquen)*

Cirugía para ojos cruzados Lasik o cirugía Refractivo Cirugía de cataratas

Desprendimiento de retina Infecciones mayores Degeneración macular

Glaucoma Otras enfermedades de los Ojos: _____

Sufre de alguna problema medica? *(Circule las opciones que apliquen)*

Diabetes Alta Presión Colesterol Alta Enfermedad del Corazón

Artritis Reumatoide Lupus Esclerosis Múltiple Problemas de la Tiroides Migrañas

Alergias Asma Cáncer (tipo): _____ Otro Enfermedad: _____

Cree que los dolores de cabeza que sufre son causados por su visión? Si o No

Enumere los medicamentos que está tomando (incluyendo anticonceptivos orales, aspirina, medicamentos de venta al público, remedios caseros)

¿Es alérgico a algún medicamento? Si es afirmativo, explique

Algún Miembro familiar sufre de cualquiera de las problemas que siguen? *(Circule las opciones que apliquen)*

Cataratas Glaucoma Degeneración Macular Desprendimiento de Retina Queratocono Ceguera

Diabetes Alta Presión Enfermedad Del Corazón

¿Está embarazada o lactando? Si o No