

# 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 parent si el paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

\*\*Celular\*\* \_\_\_\_\_ Número 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

Actualmente usa lentes de contacto? Si o No

Está interesado\o 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