

Sound Vision Care, Inc. – Información Personal

Date: _____ ID: _____

Título: Sr. Sra. Señorita Dr. Otro: _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ MI: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Contacto principal #: Casa Móvil

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ SS# _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ Sexo: H M

Raza: Africano/Africano Americano Asiático/Asiático Americano Caucásico/Europeo-Americano Otro

Origen étnico: Nativo Americano/Nativo Alaska Nativo de Hawái/Otro Isleños del Pacífico Hispano/Latino

Estado de empleo: Tiempo-completo Tiempo-parcial Desempleado Retirado Estudiante Discapacitado Otro

Ocupación: _____ Actividades: _____

Estudiante: Si No Grado: _____ Si un menor, padre o madre/guardián nombre: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Otro

Para acceder a los registros médicos, por favor lista un correo electrónico: _____

Información Médica

Médico familiar: _____ Ciudad: _____

Utiliza el tabaco? Si No Usted bebe alcohol? Si No Utiliza drogas recreativas? Si No

Tiene alguna condición medico? Si No si la respuesta es sí, por favor lista: _____

Toma usted medicamentos? Si No si la respuesta es sí, por favor lista: _____

Tiene alguna alergia a los medicamentos? Si No si la respuesta es sí, por favor lista: _____

Ha tenido cirugía? Si No si la respuesta es sí, por favor lista: _____

Ha tenido cirugía de cataratas, o cualquier cirugía del ojo? Si No Si la respuesta es sí, por favor lista: _____

Si hembra: Estas embarazada? Si No Estas bajo cuidado prenatal? Si No

Alguno de los siguientes aplica a los ojos/visión: Lista problemas con tu visión: _____

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> Usuarios de contactos	<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al sol
<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Ojos secos	<input type="checkbox"/> Destellos de luz
<input type="checkbox"/> Cruzados/Ojos perezosos	<input type="checkbox"/> Lagrimeo de los ojos	<input type="checkbox"/> Flotadores

Cual es la razón por tu visita hoy? _____

Quien le damos las gracias por hacer referencia a nuestra oficina? _____

Por tus registros medicos solamente, necesitamos guardar una foto de cada paciente. Por favor, firma abajo para dar permiso a nosotros y poder documentar tu foto a nuestro registros medicos.

Firma de paciente: _____ Nombre impreso de paciente: _____