

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Dirección donde el paciente reside

Sexo Masculino Femenino

Numero de teléfono

Trabajo/Celular

Correo electronico

Esatus Matrimonial

Por favor mantengname al corriente promocios MEI, ofertas especiales y noticias del Istituto _____(iniciales por favor)

COMPLETE ESTE ARIA SI MENOR DE 18 AÑOS

Nombre del papá/guardian

Nombre de madre/guardian

Dirección

Dirección

No. de teléfono

Trabajo/Celular

No. de teléfono

Trabajo/Celular

INFOMACIÓN DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia (no viva contigo)

Relación

No. de teléfono

Medico de familia ó internista

Doctor asiendo la referencia

Medicamentos

Nombre	Dosis	Veces por día

Medicamentos para los ojos

Nombre	Veces por día	Izq.	Der.

¿Toma aspirinas diariamente? SI NO

Escriba los medicamentos que usted es alérgico/a

Nombre de la farmacia

Dirección del calle

Ciudad

Estado

Código Postal

(Si su farmacia tiene mas de una locacion en la misma ciudad, por favor provea la direccion exacta si la save)

Numero de teléfono

¿Que cirugías a tenido previamente?

Historia Ocular

¿Historia actual o pasado de alguna condicion de ojos como glaucoma, cataratas, queratocomo, lastimaduras o ambliopía?

Cirugías previas de los ojos incluyendo procedimientos láser:

¿Usa lentes?

Si

No

¿Si si, cuantos años tiene con ellos?

¿Usa lentes de contactos?

Si

No

¿Si si, cuantos años tiene con ellos?

¿Save la marca de sus lentes de contactos que usa y en donde los compros?

Family Medical History

Por favor marque las enfermedades de ojos que corre en su familia y indique la relación.

- | | Relación | | Relación |
|---------------------------------|----------|---|----------|
| <input type="radio"/> Glaucoma | | <input type="radio"/> Retinal Detachment | |
| <input type="radio"/> Cataratas | | <input type="radio"/> Maular Degeneration | |
| <input type="radio"/> Lazy Eye | | <input type="radio"/> Diabetis | |

¿Ay alguna otro informacion que debamos saver sobre su historia medica?

Historia Social

¿Que es su ocupación?

¿Que son sus hobis y actividades?

- | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------|
| ¿Alguna vez a fumado? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO | ¿Si si, cuantos paquetes al dia? | ¿Cuantos años? |
| ¿Actualmente fuma? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO | ¿Si si, cuantos paquetes al dia? | ¿Cuantos años? |
| ¿Consume alcohol? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO | ¿Si si, cuantos bebidas al dia? | ¿Cuantos años? |

Firma _____ Fecha _____

¿Le gustaria mas información sobre LASIK? SI NO

¿Le gustaria mas informacion sobre lentes de contactos? SI NO

Lenguaje preferido _____

Especifique su etnicidad	Por favor especifique su raza	
<input type="radio"/> Hispano ó Latino	<input type="radio"/> Asiático	<input type="radio"/> Indio del Nativo Americano
<input type="radio"/> No Hispano ó Latino	<input type="radio"/> Negro o Afroamericano	<input type="radio"/> Blanco
<input type="radio"/> Renucio decir	<input type="radio"/> Hispano	<input type="radio"/> Otra Raza
	<input type="radio"/> Indio	<input type="radio"/> Negado
	<input type="radio"/> Multirracial	