Blink Vision Center

Questionario De Salud Del Paciente

Nombre Del Paciente: _____ **Oficio**: _____

Fecha De Nacimiento: _____ **Edad:**_____ **Genero**: M / F **Telefono**:_____

Direccion: _____ **Ciudad:**_____ **Estadu:**_____ **Codigo postal:**_____

Podemos mandarle mensajes de texto a este numero para recordarle de citas & para que recoja sus lentes/pupilentes? Si / No
Correo electronico_____
Podemos enviarle por correo electrónico información médica, recetas, etc? Si / No

Aseguranza de Vision: _____ **# De Identificacion:** _____

Seguro Social Del Primario: _____-_____-_____

Aseguranza Medica: _____ **# De Identificacion:** _____

Doctor Primario: _____ **# De Telefono De Su Doctor Primario:** _____

Favor de circular lo que lo inquieta ACTUALMENTE:

Comezon	Dolor de ojos	Ojos Irritados	Resequedad	Cataratas	Desprendimiento De La Retina
Ardor	Fatiga Ocular	Forzar La Vista	Vision Borrosa	Estrabismo	Degeneracion Macular
Dolor de cabeza	Doble Vision	Manchas en Vision	Ojos Llorosos	Glaucoma	Destellos

Actualmente usa lentes? **Si / No**

A notado algun cambio en su vision con sus lentes o pupilentes? **Si / No**

Le molesta el brillo/tiene dificultad en la noche al manejar**? Si / No** Trabaja enfrente de un computador? **Si/No** Cuantas horas al dia? _____

Actualmente usa pupilentes**? Si / No**

Le interesaria ser educado acercas de el uso de pupilentes el dia de hoy? **Si/ No**

Juega Deportes**? Si / No**

Tiene necesidad para el uso de gafas de proteccion para deportes? **Si/ No**

Usted Fuma? **Si/ No** Toma Alcohol? **Si/No** Usa Narcoticos? **Si/ No** **Pacientes Femeninas**: Esta Embarazada**? Si/No** Esta amamantando? **Si/No**

Favor de circular cualquier problema actual o pasado:

Migranas	Cambio de peso
Problema Respiratorio	Alergias/Estacionales
Asma	Anxiedad/Depresion
Emfisema	Bipolar
Enfermedad Del Corazon	Diabetes
Colesterol Alto	Presion Alta
Artritis	Estomago
Reumatoide	Dolor Muscular
Dolor de Articulacion	Anemia
Sangrado	Tiroides
	Rosacea
	Eccema
	VIH/SIDA

Lista de Medicacion actual:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Reaccion alergica a algun tipo de medicina:

_____
_____

Favor de circular si alguien en su FAMILIA tiene alguna de estas enfermedadese indique el parentesco al paciente:

Diabetes	_____
Enfermedad del Corazon	_____
Colesterol Alto	_____
Presion Alta	_____
Tiroide	_____
Ceguedad	_____
Glaucoma	_____
Cancer	_____
Degeneracion Macular	_____
Desprendimiento de la Retina	_____

Por favor de hacer una lista de cualquier cirujia general de mayor riesgo que a tenido o si fue hospitalizada: (Incluya las fechas por favor):

_____

_____

Firma: _____ **Imprimi:** _____

Firma del padre / tutor (si corresponde):_____ **Imprimi:**_____

Fecha: _____

ROS:_____ Date: _____ ROS:_____ Date: _____ ROS:_____ Date: _____