



Bienvenidos a King Eye Center

Fecha: _____

Información de paciente

Nombre del paciente

(Apellido) _____ (Primer Nombre) _____

Dirección _____

Número del teléfono _____

Celular _____ Texto Ok? *Sí* o *No* Correo electrónico _____

Número de seguridad social _____

Estado civil: Soltero Casado Otro

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo Masculino Femenino

Empleador _____ Ocupación _____

¿Quién podemos llamar en el evento de emergencia? _____ Teléfono _____

Su doctor primario (MD) _____

¿Necesita un intérprete durante el examen? *Sí* *No*

***¿Cual problemas tiene con sus ojos hoy?**

¿Usted lleva lentes o contactos ahorita (escribe cuál)? _____

Por favor examine nuestro aviso de reglas de privacidad y firma abajo...

Yo he examinado el aviso de reglas de privacidad de King Eye Center.

_____ (Firma)

_____ (Fecha)

Historial Médico

¿Usted tiene alergias a algunas medicinas? **Sí** o **No**

Si **SÍ**, por favor escríbelas: _____

¿Ya tiene o ha tenido en su vida algunas de esos problemas médicos?

<u>Ojos</u>	Sí	No	<u>Músculo esquelético</u>	Sí	No
Cataratas	()	()	Artritis	()	()
Cirugía de Ojo (indique cuál tipo)	()	()	Dolor de músculos	()	()
Herida de Ojo (indique cuál tipo)	()	()	<u>Neurológico</u>		
Desprendimiento de Retina	()	()	Dolor de cabeza	()	()
Glaucoma	()	()	Migraña	()	()
<u>Alérgico/Inmunológica</u>			Trastornos convulsivos	()	()
Fiebre del heno/seno	()	()	Esclerosis múltiple	()	()
Cáncer (indique cuál tipo)	()	()	<u>Psiquiátrico</u>		
<u>Cardiovascular</u>			Trastornos nerviosos	()	()
Presión Alta	()	()	Depresión	()	()
Colesterol Alto	()	()	<u>Respiratorio</u>		
<u>Endocrino</u>			Falta de respiración	()	()
Diabetes	()	()	Enfisema	()	()
Problema de tiroides	()	()	Asma	()	()
			Cáncer de pulmón	()	()

FAMILIA

¿Alguno miembro de su familia tiene glaucoma, diabetes, desprendimiento de retina, o degeneración macular? **Sí** o **No**

Si **SÍ**, por favor indique el miembro específico y la enfermedad _____

SOCIAL

¿Toma alcohol? SÍ NO Si SÍ: Socialmente 1-2/día 3+/día Dependiente

¿Usted fuma? SÍ NO Si SÍ: Esporádico ½ paquete/día 1 paquete/día 2+ paquete/día

MEDICACIÓN

Por favor escribe sus medicinas diarias:
