



21098 Bake Parkway, Suite 110
Lake Forest, CA 92630
Tel: (949) 597-0104 Fax: (949) 597-0106
www.ModernEyewear.com

Cuestionario Medico

Historia de Paciente y Información

Nombre: _____
Apellido Primer Segundo Nombre Apodo

Domicilio: _____
Nombre de calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ Numero seguro social (para verificar seguro): _____ Sexo: H / F

Teléfono: (_____) _____ (_____) _____ (_____) _____
Casa Celular Trabajo

Correo Electrónico: _____ Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) / Otro

Ultimo examen de ojos: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Ultimo examen medico: _____ Doctor Familiar: _____ Numero telefónico: _____

Como fue referido a nuestra oficina?: _____

Información de Seguro (dejar vacío y si no tiene)

Seguro de Vista:

VSP / EyeMed / MES / No lo sabe / Otro: _____ Numero de poliza: _____

Y si la poliza no esta a nombre suyo:

Nombre de asegurado: _____ Yo/Espos(a)/Papa/Otro: _____

Seguro social de asegurado: _____ Fecha nacimiento de asegurado: _____

Seguro Medico (para consultas medicas de ojos):

Medicare / Blue Cross / Blue Shield / Aetna / Cigna / HealthNet / Otro: _____

Numero de poliza: _____ El seguro es PPO/HMO/Otro/No sabes?: _____

Y si no eres el asegurado:

Nombre de asegurado: _____ Yo/Espos(a)/Papa/Otro: _____

Seguro social de asegurado: _____ Fecha nacimiento de asegurado: _____

Enfermedades Ojos

Lo han diagnosticado con alguna de las enfermedades?

Catarata	Si	No
Degeneración Macular	Si	No
Glaucoma	Si	No
Diabetes	Si	No
Retinopatía Diabética	Si	No
Ojo Seco	Si	No
Infección, inflamación o alergia de ojo	Si	No
Flotadores	Si	No
Relámpagos de luz	Si	No
Otro: _____	Si	No

Preocupaciones Ojos

Tienes preocupaciones con algunas de las siguientes?

Enrojecimiento	Si	No
Ardor	Si	No
Comezón	Si	No
Lloradera	Si	No
Mucosidad	Si	No
Visión borrosa	Si	No
Sobre esfuerzo de ojos	Si	No
Dolor de ojo	Si	No
Molestia a la luz	Si	No
Vista borrosa por la noche	Si	No
Doble vista	Si	No
Otro: _____	Si	No

Como usa su vista?

Usa lentes?	Si	No
Usa la computadora?	Si	No
Usa lentes de contacto?	Si	No
Esta interesado en lentes de contacto?	Si	No
Juegas deportes?	Si	No
Tienes aficiones?	Si	No
Estas interesado en LASIK?	Si	No

Cuántas horas por día? _____

Suaves/Duros/Moldeado Corneal?

Cuales? _____

Que son? _____

Revisión de los sistemas

Usted a tiene o ha tenido problemas con los próximos áreas:

Constitucional

Fiebre, Perdida o Subir de Peso Si No

Integumentario (Piel)

Si No

Endocrino

Tiroides Si No

Neurológico

Dolor de Cabeza Si No

Migraña Si No

Convulsiones Si No

Vascular / Cardiovascular

Diabetes Si No

Alta Presión Si No

Enfermedad vascular Si No

Linfático / Hematológico

Artritis rhuematoide Si No

Orejas, Nariz, y Garganta

Alergias Si No

Congestión nasal Si No

Sinusitis Si No

Goteo nasal Si No

Tos crónica Si No

Boca seca Si No

Respiratorio

Asthma Si No

Bronquitis crónica Si No

Enfisema Si No

Gastrointestinal

Diarrea Si No

Constipación Si No

Psiquiátrico

Depresión o Ansiedad Si No

Y si contestaste si a cualquiera de las preguntas o y si tienes una condición que no esta escrita, porfavor explicar _____

Medicina

Porfavor escriba medicina que esta tomando: _____

Porfavor escribir cualquier alergias que tenga: _____

Historia de Enfermedades

Enfermedades o traumas pasadas: _____

Cirugías pasadas (incluyendo cirugías pasadas): _____

Historia Social

Toma alcohol? Si No Y si si, que tipo, cuanto y por cuanto tiempo? _____

Fuma? Si No Y si si, que tipo, cuanto y por cuanto tiempo? _____

Usa drogas ilegales? Si No Y si si, que tipo, cuanto y por cuanto tiempo? _____

Historia familiar

Porfavor anotar historia de familia (papas, abuelos, hermanos, hijos) para las condiciones que siguen:

			Relación con usted
Tiroides	Si	No	_____
Diabetes	Si	No	_____
Cáncer	Si	No	_____
Hipertensión	Si	No	_____
Enfermedad de riñón	Si	No	_____
Lupus	Si	No	_____
Enfermedad de corazón	Si	No	_____
Ceguera	Si	No	_____
Amblyopia o Strabismus (ojos cruzados)	Si	No	_____
Catarata	Si	No	_____
Degeneración Macular	Si	No	_____
Glaucoma	Si	No	_____
Retinopatía diabética	Si	No	_____
Otro: _____	Si	No	_____

Y si hay otra cosa sobre su salud que deberíamos saber de usted porfavor escribir lo aquí: _____

Firma doctor

Fecha