

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO CELULAR #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO (OTRO): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 EMAIL \_\_\_\_\_.COM

### MOTIVO DE LA VISITA: (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- ☐ EXAMEN DE SALUD OCULAR ☐ EXAMEN PARA GAFAS  
☐ EXAMEN MÉDICO DE EMERGENCIA ☐ EXAMEN PARA LENTES DE CONTACTO  
☐ CONTROL DE LA VISIÓN DE LA MIOPIA ☐ CONSULTA LASIK  
☐ OTRO \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO DE MEDICO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL SUSCRIPTOR \_\_\_\_\_  
 ID DE SUSCRIPTOR# \_\_\_\_\_  
 SSN DEL SUSCRIPTOR# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 CUMPLEAÑOS DEL SUSCRIPTOR \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEGURO DE LA VISTA \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL SUSCRIPTOR \_\_\_\_\_  
 ID DE SUSCRIPTOR# \_\_\_\_\_  
 SSN DEL SUSCRIPTOR# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 CUMPLEAÑOS DEL SUSCRIPTOR \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**LOS PACIENTES SON RESPONSABLES DE ENTENDER SUS COBERTURAS.**

**\*\*0% DE FINANCIAMIENTO EN TODOS LOS PEDIDOS \$250+ CON CARECREDIT TARJETA\*\***

## ANTECEDENTES OCULARES DEL PACIENTE

### ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA:

DOCTOR: \_\_\_\_\_

### ¿USAS GAFAS? ☐ Sí ☐ No

- ☐ TODO EL RATO  
☐ SOLO LECTURA  
☐ SOLO DISTANCIA

### ¿USAS LENTES DE CONTACTO? ☐ Sí ☐ No

¿MARCA? \_\_\_\_\_

- REEMPLAZADO ☐ DIARIAMENTE  
☐ 1-2 SEMANAS  
☐ MENSUAL  
☐ DURO

- ☐ CONSULTA AQUÍ SI ESTÁS INTERESADO EN ALTERNATIVAS DE LASIK PARA TODAS LAS EDADES.

### ¿ESTÁ EXPERIMENTANDO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS ACTUALMENTE?

- ☐ VISIÓN BORROSA (DE LEJOS, DE COMPUTADORA O DE CERCA)  
☐ DOLORS DE CABEZA (DIARIOS, SEMANALES, OTROS)  
☐ OJOS ROJOS (COMENZÓ \_\_\_\_DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)  
☐ QUEMADURA (COMENZÓ \_\_\_\_DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)  
☐ PICAZÓN (COMENZÓ \_\_\_\_DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)  
☐ LAGRIMEO (COMENZÓ \_\_\_\_DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)  
☐ ALTA (COMENZÓ \_\_\_\_DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)  
☐ VISIÓN DOBLE (COMENZÓ \_\_\_\_DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)  
☐ DESTELLOS DE LUZ (COMENZÓ \_\_\_\_DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)  
☐ VER MANCHAS (COMENZÓ \_\_\_\_DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)  
☐ SENSIBILIDAD A LA LUZ (COMENZÓ \_\_\_\_DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)  
☐ PROBLEMAS NOCTURNOS (COMENZÓ \_\_\_\_DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)  
☐ CEGUERA TOTAL (COMENZÓ \_\_\_\_DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)  
☐ OTRO \_\_\_\_\_

### ¿ALGUNA VEZ TE HAN DIAGNOSTICADO O TRATADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

- ☐ GLAUCOMA  
☐ CATARATAS  
☐ DEGENERACIÓN MACULAR  
☐ PROBLEMAS OCULARES DIABÉTICOS  
☐ LESIÓN OCULAR  
☐ DESPRENDIMIENTO DE RETINA  
☐ CEGUERA  
☐ GIRO DE LOS OJOS/ESTRABISMO  
☐ OJO VAGO/AMBLIOPIA  
☐ OJO SECO  
☐ CIRUGÍA OCULAR PARA:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE OJO SECO

	SIEMPRE	USUALMENTE	A VECES	RARAMENTE	NUNCA
SENSIBILIDAD A LAS LUCES	4	3	2	1	0
SENSACIÓN ARENOSA/ARENOSA	4	3	2	1	0
DOLOR/MOLESTIA	4	3	2	1	0
VISIÓN BORROSA	4	3	2	1	0
MUCOSIDAD/OJOS CON COSTRAS	4	3	2	1	0

## ACTIVIDADES PARA EL OJO SECO

### ¿QUÉ ACTIVIDADES SE VEN AFECTADAS POR SU OJO SECO?

- ☐ NO PUEDE LEER DURANTE LARGOS PERÍODOS DE TIEMPO  
☐ LA VISIÓN FLUCTÚA MIENTRAS SE LEE/COMPUTADORA  
☐ LOS OJOS ESTÁN LLOROSOS/PICAN CUANDO ESTÁN AL AIRE LIBRE  
☐ LOS OJOS SE SIENTEN PESADOS EN LA COMPUTADORA  
☐ FROTARSE CONSTANTEMENTE LOS OJOS  
☐ LOS OJOS ESTÁN ENROJECIDOS DESPUÉS DE USAR LA COMPUTADORA  
☐ LOS OJOS SON DIFÍCILES DE ABRIR POR LA MAÑANA  
☐ LOS LENTES DE CONTACTO ESTÁN SECOS O NO SE PUEDEN USAR

**CONTINUAR →**

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA FARMACIA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO # \_\_\_\_\_

TELÉFONO # \_\_\_\_\_

ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD – MARQUE TODO LO QUE SE APLICA	MEDICAMENTOS: ¿ PUEDE GREENLAKE EYE CARE ACCEDER A SUS MEDICAMENTOS DESDE UNA BASE DE DATOS DE FARMACIAS EN LÍNEA → (MARQUE UNO) SI----NO?
<input type="checkbox"/> DIABETES (PRE--TIPO 1--TIPO 2)	
<input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA	
<input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO	
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CARDÍACA	
<input type="checkbox"/> GOLPE	
<input type="checkbox"/> CÁNCER – (POR FAVOR, ESPECIFIQUE)	
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA TIROIDES	
<input type="checkbox"/> ASMA	
<input type="checkbox"/> EPOC/TRASTORNOS RESPIRATORIOS	
<input type="checkbox"/> ARTRITIS REUMATOIDE	
<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	
<input type="checkbox"/> ANSIEDAD	
<input type="checkbox"/> TRASTORNO DÉFICIT DE ATENCIÓN	
<input type="checkbox"/> AUTISMO	
<input type="checkbox"/> LUPUS	
<input type="checkbox"/> OTRO:	
<input type="checkbox"/> OTRO:	
<input type="checkbox"/> OTRO:	
<input type="checkbox"/> ACTUALMENTE EMBARAZADA: SÍ/NO	

☐ SIN ANTECEDENTES MÉDICOS SIGNIFICATIVOS

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES?  
ENUMERE A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA AFECTADOS.

	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA
DEGENERACIÓN MACULAR				
CEGUERA				
GLAUCOMA				
GIRO DE OJOS/ESTRABISMO				
OJO VAGO/AMBLIOPIA				
DEGENERACIÓN MIOPE (MIOPIA ALTA)				
CÁNCER				
DIABETES				
PRESIÓN ARTERIAL ALTA				
ENFERMEDAD CARDÍACA				

☐ SIN ANTECEDENTES FAMILIARES NOTABLES

<u>COLIRIOS</u>	<u>ALERGIAS A MEDICAMENTOS</u>	<u>HISTORIA SOCIAL</u>
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____  <input type="checkbox"/> NO USO GOTAS PARA LOS OJOS	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____  <input type="checkbox"/> NO SE CONOCEN ALERGIAS A MEDICAMENTOS	<u>BEBIDAS ALCOHÓLICAS</u> <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> RARAMENTE <input type="checkbox"/> SOCIALMENTE <input type="checkbox"/> DIARIO <u>TABAQUISMO</u> <input type="checkbox"/> NINGUNO: SIN ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> NINGUNO – FUMADOR ANTERIOR <input type="checkbox"/> 1 PAQUETE/DÍA <input type="checkbox"/> 2+ PAQUETES/DÍA