

## 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 MIOPÍA
- 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)
- DOLORES 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/AMBLIOPÍA
- 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 SUS OJOS SECOS?

- 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 \_\_\_\_\_

<b>ENFERMEDAD – MARQUE TODO LO QUE SE APLICA</b>		<b>MEDICAMENTOS:</b> <b>¿ PUEDE GREENLAKE EYE CARE ACCEDER A SUS MEDICAMENTOS DESDE UNA BASE DE DATOS DE FARMACIAS EN LÍNEA → (MARQUE UNO) SI---NO?</b>
<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/AMBLIOPÍA				
DEGENERACIÓN MIOPE (MIOPIA ALTA)				
CÁNCER				
DIABETES				
PRESIÓN ARTERIAL ALTA				
ENFERMEDAD CARDÍACA				

SIN ANTECEDENTES FAMILIARES NOTABLES

<b>COLIRIOS</b>	<b>ALERGIAS A MEDICAMENTOS</b>	<b>HISTORIA SOCIAL</b>
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	<b>BEBIDAS ALCOHÓLICAS</b> <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> RARAMENTE <input type="checkbox"/> SOCIALMENTE <input type="checkbox"/> DIARIO  <b>TABAQUISMO</b> <input type="checkbox"/> NINGUNO: SIN ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> NINGUNO – FUMADOR ANTERIOR <input type="checkbox"/> 1 PAQUETE/DÍA <input type="checkbox"/> 2+ PAQUETES/DÍA
<input type="checkbox"/> <b>No uso gotas para los ojos</b>	<input type="checkbox"/> <b>No se conocen alergias a medicamentos</b>	