

**Informacion Personal**

Fecha \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo M F  
 Estado Civil: \_\_\_ Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Vuido  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Tel de Casa \_\_\_\_\_ Tel de Trabajo \_\_\_\_\_ Tel Celular \_\_\_\_\_  
 Correo Electronico \_\_\_\_\_ Lic. de Conducir \_\_\_\_\_ Vence \_\_\_\_\_  
 ¿A quien podemos agradecer por recomendar nuestra oficina? \_\_\_\_\_  
 Patrón (ó escuela) \_\_\_\_\_ Ocupación (ó grado) \_\_\_\_\_

**Informacion de Asegueranza**

Marido ó persona responsable (*si diferente de arriba*)  
 Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Seguro Social \_\_\_\_\_ Lic de Conducir \_\_\_\_\_ Vence: \_\_\_\_\_  
 Empresa \_\_\_\_\_ Tel de Empresa \_\_\_\_\_  
 Direccion de Empresa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Historia Médica Familiar**

**¿Hay una historia médica familiar de alguno de los siguientes condiciones?(Indique todos que aplican)**

	Relación		Relación
___ Ceguera	_____	___ Degeneracione de la Macula	_____
___ Cataractas	_____	___ Problemas de la Retina	_____
___ Problemas de la Cornea	_____	___ Diabetes	_____
___ Glaucoma	_____	___ Ojo Perezoso	_____
___ Enfermedad del Corazon	_____	___ Otra:	_____

**Historia Médica Personal**

**Esta historia medica es crítica en la evaluación de su visión y salud.**

Médico Familiar \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Medicamentos (con ó sin receta de médico incluyendo gotas para el ojo, vitaminas, anti-conceptivos)  Ninguna  
 Alergias a Medicamentos: \_\_\_ No \_\_\_ Si (favor de macar): \_\_\_\_\_  
 Usted : \_\_\_ ¿fuma? \_\_\_ ¿bebe bebidas alcoholicas? \_\_\_ ¿usa drogas ilegales?  
**¿Haz sido dignosticado ó tratado por lo siguiente? (Indica si su respuesta es sí)**  
 \_\_\_ Alergias \_\_\_ Artritis \_\_\_ Alta Presión \_\_\_ Hepatitis \_\_\_ Migrañas \_\_\_ Condición del piel  
 \_\_\_ Asthma \_\_\_ Cancer \_\_\_ Piedras del Riño \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Thyroid \_\_\_ Anemia

**Historia Ocular Personal**

Fecha de su ultima examen visual \_\_\_\_\_ ¿Por Quien? \_\_\_\_\_  
**¿Usted? ... (Indica si su respuesta es sí)**  
 \_\_\_ ¿Trabaja en la computadora? \_\_\_ ¿Sufre con fulgor manejando de noche? \_\_\_ ¿Usa gafas del sol con aumento?  
 \_\_\_ ¿Usa lente de contacto? \_\_\_ ¿Piensa que beneficiaría de lentes livianas y delgadas?  
**¿Haz sido dignosticado ó tratado por lo siguiente? (Indica si su respuesta es sí)**  
 \_\_\_ Cataratas \_\_\_ Infecciones del ojo \_\_\_ Glaucoma \_\_\_ Degeneración de la Macula \_\_\_ Ojo Perezoso  
 \_\_\_ Lesión al Ojo \_\_\_ Retinopatía Diabética \_\_\_ Iritis / Uveítis \_\_\_ Ojo Bizco \_\_\_ Otra  
**¿Experiencia calquiera del siguiente? (Indica si su respuesta es sí)**  
 \_\_\_ Vision borosa \_\_\_ Flotantes \_\_\_ Vision doble \_\_\_ Sensibilidad a la luz  
 \_\_\_ Ardor \_\_\_ Lagrimeo excesivo \_\_\_ Dolor de cabeza \_\_\_ Ojo Bizco  
 \_\_\_ Picazon \_\_\_ Resequedad ocasional \_\_\_ Arenosidad \_\_\_ Destellos de luz brillantes

Reconozco que la información antedicha es verdad. También solicito pagos de esta demanda y, si el pagador acepta la asignación, autorizo el pago directamente al doctor para los servicios descritos. Además, autorizo el lanzamiento de expedientes médicos para procesar cualquier demanda.

**Firma de asegurado X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**