

Family Eye Care
Cuestionario de Historia Clínica

ID# _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Numero de telefono: _____

¿Cómo le gustaría que se le notificaran las citas? Casa Celular Trabajo Email Correo

¿Está bien enviar mensajes de texto a su teléfono celular para recordatorios de citas? Si No

Farmacia preferida: _____

Altura: _____ Peso: _____

Número de bebidas alcohólicas por día _____

Número de cigarrillos por día _____

Médico de Atención Primaria: _____

Sí No

Si es diabético, ¿cuál fue su último nivel de azúcar en la sangre y cuando _____ A1C (promedio de 3 meses) _____

Por favor, compruebe todas las siguientes condiciones que experimenta:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz/brillo | <input type="checkbox"/> Ojos cansados |
| <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Dolor o Molestia |
| <input type="checkbox"/> Sensación de cuerpo extraño | <input type="checkbox"/> Infección del ojo o del párpado | <input type="checkbox"/> Picazón |
| <input type="checkbox"/> Mucosa / Secreción | <input type="checkbox"/> Párpado caído | <input type="checkbox"/> Rojez |
| <input type="checkbox"/> Sensación arenosa | <input type="checkbox"/> Ojo vago | <input type="checkbox"/> Ojo cruzado |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa a distancia | <input type="checkbox"/> Visión borrosa cerca | <input type="checkbox"/> Visión distorsionada |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Flotadores o manchas | <input type="checkbox"/> Visión fluctuante |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión | <input type="checkbox"/> Desgarro excesivo | <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión lateral |
| <input type="checkbox"/> Halos / Estallidos de estrellas | <input type="checkbox"/> Destellos de luz | <input type="checkbox"/> Frotamiento excesivo |

Estudiantes:

- Problemas para seguir una línea de impresión Dificultad para enfocarse en dispositivos electrónicos
- Problemas para enfocar cerca de lejos

Si marcó alguno de los anteriores o tiene una condición no enumerada, explíquelo a continuación.

Por favor, enumere las gotas para los ojos / ungüentos para los ojos, las dosis, la frecuencia y por qué los toma:

¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? Si No En caso afirmativo, indíquelos:

Signature _____ Date _____

Family Eye Care
100 N Main Street
LaBelle, FL 33935

**Información Sobre Las Gotas Para Dilatar Los Ojos
Y Refraccion**

<PatFullName>

<DateToday>

Las gotas dilatadoras se utilizan para dilatar o agrandar las pupilas del ojo para permitir que el optometrista obtenga una mejor vista del interior del ojo.

Las gotas dilatadoras con frecuencia nublan la visión durante un período de tiempo que varía de persona a persona y pueden hacer que las luces brillantes sean molestas. No es posible que su optometrista diga cuánto se verá afectada su visión. Debido a que conducir puede ser difícil inmediatamente después de un examen, es mejor si hace arreglos para no conducir usted mismo.

La reacción adversa, como el glaucoma agudo de ángulo cerrado, puede desencadenarse a partir de las gotas dilatadoras. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata.

Por la presente autorizo al Dr. Parrish y / o al Dr. Youmans o sus asistentes que él / ella designen para administrar gotas dilatadoras para los ojos. Las gotas para los ojos son necesarias para diagnosticar mi condición.

Refraccion NO Cubrio Servicios

Medicare no paga por la parte refractiva de cualquier examen del ojo. Si una refraccion (parte de examen que determina su necesidad por los lentes) es necesario durante el examen, no es un beneficio cubierto por Medicare. El paciente sera responsable pare el cargo de la refraccion.

Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

Fecha

Testigo

Fecha