

BIENVENIDOS A GREATER VALLEY OPTOMETRY
DR. KARINE SHAGHOYAN, O.D.

Informacion Del Paciente- Responda toda la informacion. Si tiene preguntas por favor pida ayuda.

Nombre _____ Fecha _____
Primer nombre Inicial Apellido

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Fecha De Nacimiento _____ Edad _____ Soc. Sec. # _____

Numero De Casa () _____ Numero De Trabajo () _____

Prefiere tomar llamadas en: Casa Trabajo Cualquiera

Correo Electronico: _____ Sexo: Masculino / Femenina

Ocupacion _____ Empleador _____

Nombre De Padre ó Guardian _____

Persona de comunicar en caso De Emergencia

Nombre _____ Relacion al paciente _____ # telefono _____

A quien le damos las gracias por referirlos con nosotros? _____

Su razon por venir a visitarnos hoy? (marcar todo lo que aplique)

- Examen anual Examen para lentes de contacto
 Desea ordenar lentes ó contactos Otro
 Examinar la salud de sus ojos

Autorizacion

Yo le doy permiso al doctor que comparta mi informacion, si es nesesario, incluyendo el diagnostico y cualquier informacion que tenga que ver con el tratamiento de mi ó de mi hijo(a) durante el periodo de el tratamiento de mis ojos a otras instituciones de salud ó a las compañías de aseguransa. Yo permito y le pido á mi compañía de aseguransa de que le pague directamente al doctor por los servicios rendidos excluyendo los benefisios no cubridos. Yo entiendo de que mi compañía de aseguransa puede pagar una cantidad menos de el cobro actual. Yo me hago responsable por dar el pago de todos los servicios recibidos por un depende mio ó por mi.

X _____
Firma del paciente (ó del padre si es menor de edad) Fecha

Historia del Paciente

Marque el circulo si usted ó alguien en su familia tiene alguna de la siguientes condiciones:

	Usted	Familiar		Usted	Familiar
Cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Presion alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retina Desprendida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Colesteról alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ojos crusados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas del Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vista perdida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de la Tiroide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Es usted alergico á algun medicamento? (S / N) Si es alergico, á que? _____

Nombre medicamentos que este tomando _____

Esta embarazada? (S / N) Usted: Fuma / Toma Alcohol / Usa Drogas (circule los que aplican)

Usted en este momento tiene ó a tenido alguna de las siguientes condiciones?

- Cirugia de Ojo Ojo accidentado Infeccion de Ojo Mira Manchas
 Sensibilidad a la luz Doble vision Borroso de Cerca Borroso de lejos
 Esfuerza los ojos Comezon, llorazon, o ardor en los ojos Dolor Insoportable

Usted en este momento usa lentes? (S / N) Edad de lentes _____

Alguna vez a usado lentes de contacto? (S / N)

Esta interesado(a) en obtener lentes de contactos hoy? (S / N)

Usa la computadora? (S / N) Cuantas horas al dia? _____

En que actividades ó deportes participa? _____

Informacion Sobre El Examen De Dilatacion Para Sus Ojos

Cada paciente tiene que hacerse una Dilatacion de la pupila del ojo. Las pupilas se dilatan con gotas, esto es necesario para obtener un mejor resultado de su vista. Es muy importante que usted se haga este examen si usted es diabetico, tiene historia de glaucoma, presion alta, ó problemas del corazon. Si tiene alguna pregunta sobre este procedimiento por favor espere sus preguntas al doctor.

Despues de este procedimiento usted puede experimentar:

1. Sensibilidad a la luz.
2. Puede que usted tenga vision borrosa despues del examen, este efecto solo durara de 4 á 6 horas despues del examen. No se recomienda de que usted maneje despues de hacerse este procedimiento.

- () Si, deseo dilatacion para mis ojos () Quisiera una cita especialmente para la dilatacion
() No, deseo la dilatacion para mis ojos.

Certifico que e leido y entendido la informacion en este formulario. He contestado las preguntas a lo mejor de mi habilidad. Entiendo que si yo doy la informacion incorrecta puedo lastimar mi salud.

X _____

Firma Del Paciente (o padre si es menor de edad)

_____ **Fecha**