

¡Bienvenido a ProView Eye Care! Nos complace darle la bienvenida como un nuevo paciente y gracias por elegirnos para su visión y necesidades de salud de los ojos.

Para empezar, nos gustaría saber más de usted y de sus ojos. La siguiente es una lista de lo que el médico tendrá para proporcionarle el mejor cuidado posible.

- Forma De Bienvenido Completada**
- Questionario de estilo de vida Completado**
- Tarjets de Seguros o formularios de reclamación:** Se requiere tarjeta de seguro médico para tratar alguna condición médicamente relacionados con ojo.
- Anteojos :** Por favor traiga TODOS los pares de anteojos que utilizas actualmente, incluyendo la prescripción o sin prescripción gafas de lectura, gafas de sol, etc. Esto nos ayudará a determinar cualquier cambio en su prescripción.
- Lentes de Contacto :** Favor de traer su caja de lentes de contacto o paquetes que indican la serie de lentes, energía, fabricación, etc.. Esto nos dará una idea de sus lentes actuales y cómo podemos hacer las mejoras, si lo desea.
- Gotas para los ojos, pomadas, etc.:** Por favor traiga cualquier gota o pomadas que este utilizando actualmente. Su médico revisará estos y puede sugiere alguna alternativa si es necesario.

Les agradecemos el tiempo que nos proporcione esta información. Estos elementos le ayudará al médico le proporciona una visión integral y exhaustiva y un examen de salud ocular.

Póngase en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta o inquietud. Esperamos ver los pronto !

ProView Eye Care

800 Magnolia Ave. Suite 113

Corona, CA 92879

951.737.7820

Informacion Del Paciente

Dr. Sr. Sra. Nombre _____ Fecha _____
 Fecha De Nacimiento _____ Edad _____ Gender: Masculino Femenino
 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
 Telefono De Casa _____ Telefono Movil _____ Mensaje de texto ? Si No
 Correo Electronico _____ Ocupacion _____

*Motivo principal de la visita de hoy : _____

* Problemas con su actuales gafas o lentes de contacto? _____

* Cómo se enteró acerca de nosotros? Comunicacion Social Seguro Familia/Amigo, Quien? _____
 Referido por su Doctor Otro: _____

Historia Medica Del Paciente

Nombre del médico de familia _____
 Fecha de última revisión física _____
 Seguro Medico _____

HMO PPO No tengo Seguro Medico

Enfermedades Medicas Actuales : _____

Medicamentos Actuales (Incluyendo Gotas De ojo): _____

Alergias a medicamentos? si No

Historia Ocular Del Paciente

Nombre del último oculista _____
 Fecha del último examen de ojos _____

Cualquier cirugía ocular o lesiones? Si No

Marque todas las que aplican:

Enfermedad/ Condiciones	Usted	Familia	Relacion a usted
Ceguera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Catarata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ojo vago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Degeneracion Macular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Desprendimiento de Retina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Alta Presion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lupus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Artritis Reumatoide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA

Nombre De Paciente _____ Edad _____ Ocpacion _____

Este cuestionario está diseñado para ayudar a su oculista a recetar lo que mejor adapte a sus necesidades visuales y estilo de vida. Por favor tome unos momentos para responder a las siguientes preguntas.

Cuántas Horas al día hace lo siguiente:

Computadora _____ Celular _____ Television _____ Manejar _____ Dispositivos digitales _____

En que actividades al aire libre esta involucrado: (Marque todo lo que corresponda)

- Pescar Excursionismo Cazar Esquiar Paseo en barco
 Viajar Trabajo en el Jardin Deportes Acuaticos Otro _____

En que actividades interiores esta involucrado : (Marque todo lo que corresponda)

- Leyendo Television Computadora Videojuegos
 Pintura Elaboracion Tejido Otro: _____

En que actividades Deportivas participa : (Marque todo lo que corresponda)

- Baloncesto Futbol Americano Baseball Tenis Golf
 Correr Natacion Futbol Hockey Racquetball
 Artes Marciales Otro: _____

Esta interesado en LASIK? No Si

Actualmente usa anteojos ? No Si, Cuando los usa? _____

Actualmente usa gafas de sol ? No Si

Tiene mas de un par de anteojos ? No Si (Marque todo lo que corresponda)

- Todo el tiempo Computadora Manejando Gafas de sol Deportes
 Otro : _____

Que es mas importante para usted ? (Marque todo lo que corresponda)

- Comodidad Vision Optimizada Reduccion del deslumbramiento Tecnologia de lentes actual
 Actualizacion de estilo Prevencion de enfermedad de ojos Par de respaldo Gafas Ligeras

Usa lentes de contacto ? No Si

Esta interesado en lentes de contacto ? No Si

Qual de los siguientes le gustaria para mejorar su uso de lentes de contacto ?

- Vision Comodidad durante el dia Comodidad al fin del dia Sequedad
 Limpieza y almacenamiento mas facil Mayor tiempo de uso Otro : _____