

Palisade Eye Associates

Fecha _____

Chart Number _____

Apellido _____ Nombre _____ MI _____

Dirrección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Numero de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo Electrónico: _____ @ _____ . _____

Nombre del Medico Primaria _____ Fecha de la Última Visita _____

Nombre y la Ubacacion de la Farmacia _____

Seguro de Salud Primaria _____ Seguro de Salud Secundaria _____

¿Es usted el asegurado principal para el seguro? **SI/ NO** Si no, por favor inhgrese la informacion del tomador abajo.

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Tienes uno de estos plane de la vista? **Vision Service Plan (VSP)** **Eye-Med** **Blue View Vision**

¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones medicas? Por favor, marque con una X en todo lo que pueden aplicar

¿Alergias (incluyendo medicamentos) Indique, _____

¿Diabetes? Ano de Diagnostico _____ ¿Hipertension? ¿Colesterol Alto?

¿Artritis? ¿Enfermedad del Corazon? Otros Problemas de Salud? _____

¿Que **MEDICAMENTOS** esta tomando actualmente? _____

¿Ha tenido algun operaciones? ¿Clase? _____ ¿Cúando? _____

¿Ha tenido algú operaciones de la vista? ¿Tipo? _____ ¿Cúando? _____

¿Fuma Cigarrillos? Beber las Bebidas Alcohólicas? .

¿Ha tenido alguna vezuna lesion en el ojo? Clase _____ ¿Cúando? _____

¿Otros problemas oculares? ¿Que Clase? _____

¿Usas gafas? ¿Lente de Contacto? ¿Marca? _____

¿ Estas usando actualmente culaquiera gotas para los ojos? _____

Historia familia ¿Alguien en su familia tiene alguno de los siguientes?

Presión Alta Relación _____ Degeneracion Macular Relación _____

Diabetes Relación _____ Despreridimiento de Retina Relación _____

Glaucoma Relación _____

Afeccion de la Vista ¿Qué tipo? _____ Relación _____

Pacientes Firma _____