

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SNI _____ HOMBRE / MUJER _____
 DIRECCIÓN _____ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____
 TELÉFONO (C) _____ (T) _____ (C) _____
 SSN _____ - _____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____
 (SI MENOR, NOMBRE DE PADRES _____ TELÉFONO C | T | C _____ RELACIÓN _____)
 EMAIL(S) _____
 EMPLEADOR _____
 RECOMENDADO POR _____ NOMBRE DE ESPOSO(A) _____

INFORMACION DE SEGURO

SEGURO(S) DE VISION _____ SEGURO(S) MEDICO _____
 PRIMARIO EN SEGURO Y FDN _____ RELACIÓN A PACIENTE _____
 SSN DE PRIMARIO EN SEGURO _____ - _____ - _____ EMPLEADOR DE PRIMARIO EN SEGURO _____

HISTORIA DE LOS OJOS

FECHA DE ULTIMO EXAMEN DE VISTA _____ RAZÓN POR VISITA DE HOY _____
 ¿USAS ANTEOJOS? SI / NO ¿CUÁNTOS PARES TIENE? 1 | 2 | 3 | 4 USO: DISTANCIA | LEER | INTERMEDIO | DE SOL
 ¿USAS LENTES DE CONTACTO? SI / NO QUE TIPO: SUAVE | DURO | TÓRICO | MULTIFOCAL MARCA: _____ SOLUCIÓN: _____
 ¿ESTÁ TRATADO POR UN OFTALMÓLOGO? SI / NO NOMBRE DEL OFTALMÓLOGO _____ PHONE _____
 ¿HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍAS Y/O LESIONES EN LOS OJOS? SI / NO TIPO _____
 ¿TIENE GLAUCOMA? SI / NO ¿CATARATAS? SI / NO ¿OJOS SECOS? SI / NO ¿VISIÓN BORROSA? SI / NO ¿OJOS QUE PICAN? SI / NO
 ¿OTROS PROBLEMAS EN LOS OJOS? SI / NO QUE TIPO _____

HISTORIA MÉDICA

DOCTOR PRIMARIO _____ ÚLTIMA VISITA _____ TELÉFONO _____
 FARMACIA DE PREFERENCIA _____ TELÉFONO _____ FAX _____
 MEDICAMENTOS QUE ESTAS TOMANDO _____
 ¿TIENES ALGÚN PROBLEMA CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SISTEMAS? Por favor marque todas las que correspondan.

Alérgica/Inmunológica	SI / NO	Oídos / Nariz / Garganta	SI / NO	Genitourinario	SI / NO	Musculoesqueléticas	SI / NO
Sangre/Linfático	SI / NO	Glándulas (endócrinas)	SI / NO	Tegumentario (piel)	SI / NO	Nervioso	SI / NO
Cardiovascular	SI / NO	Gastrointestinal	SI / NO	Mental	SI / NO	Respiratorio	SI / NO

DIABETES SI / NO TIPO _____ FECHA DE DIAGNÓSTICO _____
 ALERGIAS SI / NO ¿A QUÉ? _____ ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS SI / NO ¿A QUÉ? _____
 ¿OTROS PROBLEMAS DE SALUD? _____
 ¿HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍAS? SI / NO QUÉ TIPO _____
 ¿FUMA CIGARRILLOS/TABACCO? SI / NO ¿USTED CONSUME ALCOHOL? SI / NO ¿USTED TOMA SOCIALMENTE? SI / NO

HISTORIA MÉDICA DE FAMILIA

PRESIÓN ARTERIAL ALTA	SI / NO	RELACIÓN	DEGENERACIÓN MACULAR	SI / NO	RELACIÓN
DIABETES	SI / NO	RELACIÓN	DESPRENDIMIENTO DE RETINA	SI / NO	RELACIÓN
GLAUCOMA	SI / NO	RELACIÓN	CATARATAS	SI / NO	RELACIÓN

OTRAS ENFERMEDADES OCULARES NO MENCIONADOS? _____

AUTORIZACIÓN DE PAGO --Yo autorizo el pago de todos los beneficios de la vista de los servicios y/o materiales directamente a Suarez Optical como indicado. Entiendo que soy responsable de cualquier pago no cubierto por el plan de seguro y que los servicios y los materiales no son reembolsables. También por este medio autorizo la divulgación de información sobre mi historial médico y visión para el propósito de validar y determinar los beneficios pagaderos en relación con la reclamación de seguro. _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD --Yo he tenido la oportunidad de revisar el aviso de Suarez Optical de prácticas de privacidad. **YO / YO NO** (por favor marque uno) decido tener una copia de la notificación de prácticas de privacidad. _____