



Dra. Dawn Langford

Dr. Tyler Hanson

Dr. Jason Langford

Dr. William Kusek

Dra. Christa Hunnicutt

Dra. Emily Laub

Información del paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social del paciente _____ Dirección de correo electrónico _____ Sexo _____

Teléfono celular (usado para recordatorios de citas) _____ Teléfono residencial _____

Idioma principal _____ Etnicidad _____ Raza _____

Necesidades especiales _____ Ocupación _____ Empleador _____

Persona responsable (si es diferente/menor de edad) _____ **Relación al paciente** _____

Teléfono _____ Dirección de facturación (si es diferente) _____

Historial de salud general (marque con un círculo todo lo que corresponda y describa)

Alergias estacionales _____ Hipertensión _____ Cardiopatía _____

Colesterol alto _____ Artritis _____ Cáncer _____

Enfermedad de tiroides _____ Desorden autoinmune _____ Desorden sanguíneo _____

Desorden psiquiátrico _____ Desorden neurológico _____ Desorden respiratorio _____

Diabetes (Año del Diagnóstico) _____ Tipo I _____ Tipo II _____ ¿Usa insulina? Sí No

Otros problemas de salud _____

Lista de cirugías principales y fechas _____

¿Fuma? Nunca Ex fumador Ocasional Cada día Años fumando _____

Médico de cabecera _____ Fecha del último examen _____

Medicamentos (por favor incluya una lista impresa si necesita más espacio)

Alergias a medicamentos

Historial de los ojos y la visión (marque con un círculo todo lo que corresponda)

Fecha del último examen de la vista _____ **Lugar** _____

Glaucoma _____ Cataratas _____ Queratocono _____ Ojo vago _____ Degeneración macular _____

Herida de ojo _____ Infección ocular _____ Cirujía de ojo _____ Flotadores _____ Desprendimiento de retina _____

Alergias oculares _____ Ojo seco _____ Pterigión/Carnocidad _____ Retinopatía diabética _____

Historial de cirugía ocular (incluidas fechas) _____

Otros problemas oculares (especifique) _____

Pasatiempos _____ Número de horas frente a la computadora cada día _____

¿Usas lentes? Sí No Fecha de la última prescripción _____ Uso: A distancia / Cerca / Computadora

¿Usas lentes de contacto? Sí No Fecha de la última prescripción _____ Tipo/Marca _____

Historia familiar (incluidos padres, abuelos, hermanos, hijos. Circule todo lo que corresponda)

Glaucoma _____ Relación _____ queratocono _____ Relación _____

Cataratas _____ Relación _____ Ceguera _____ Relación _____

Degeneración macular _____ Relación _____ Otras condiciones oculares _____ Relación _____