

Eagle Rock Eyecare: Formulario de Admisión de Pacientes

Nombre:

Segundo Nombre:

Apellido:

Sufijo:

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

SSN:

Ocupación:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Seguro de Visión, No. de pól., Nombre y F.N. del Titular:

Seguro Médico, No. de pól., Nombre y F.N. del Titular:

Motivo de la visita:

Último examen (mes/año):

¿Usa gafas? ☐S ☐N

¿Usa lentes de contacto? ☐S ☐N

Lesiones o cirugías oculares previas (indique el año):

Condiciones médicas (indique el año del diagnóstico):

☐Diabetes T1 ☐Diabetes T2 ☐Hipertensión ☐Colesterol Alto ☐Anemia ☐Otra: _____

Medicamentos (recetados o de venta libre):

Alergias (medicamentos, ambientales, etc.):

Antecedentes familiares de glaucoma / degeneración macular / otras enfermedades y quién la padece:

¿Fuma tabaco? ☐Actualmente ☐Anteriormente ☐Nunca ¿Consume alcohol? ☐No ☐Si - frecuencia: _____

Firma del paciente (o tutor): _____ **Fecha:** _____