

EAST DALLAS FAMILY EYE CARE

8202 Elam Road, Suite #100
Dallas, TX 75217
(214) 391-1119

¡Bienvenido a nuestro dispensario! Apreciamos que usted escogiendo nuestra práctica de cuidado de ojo para sus necesidades de la salud de ojo. Complete por favor esta forma en su totalidad. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor nos pregunta para ayuda. TODA SU INFORMACION SERA MANTENIDA CONFIDENCIAL, Y no SERA SOLTADO SIN SU CONSENTIMIENTO ESCRITO.

INFORMACION PACIENTE

El nombre: la Fecha _____ :

Address: _____

City, State, Zip: _____

La fecha de Nacimiento: _____ En casa Teléfono: () _____

Trabaje o el Teléfono celular: () _____

INFORMACION de SEGURO

El nombre de Insurance Médico Primario: _____

El nombre de Seguro médico Secundario: _____

El nombre de Visión Insurance: _____

El Seguro del nombre Es Listado Abajo & el Número del seguro social de esa persona:

El nombre de Employer Asegurado Primario : _____

INFORMACION de SALUD

¿Fue referido usted a nuestro dispensario por otro proveedor de asistencia médica? Y N ¿Si sí, quién? _____

Hágale lleva actualmente gafas: Y N le Hace lleva actualmente lentillas: Y N Interesó en el lentesde contacto: Y N

Dure la Salud de Ojo Examen: / / _____ Dónde? _____

Dure Examen Médico: / / _____ Dónde? _____

Medicaciones: _____

Alergias: _____

Embarazada o Cuidando: Y N

Verifique todo el siguiente que aplica a usted:

_____ historia familiar de presion alta de sangre

_____ vision mas peor en la manana

_____ sensibilidad hacia luz

_____ dolor en la cabeza

_____ historia de observe o la herida en la cabeza

_____ las aureolas alrededor de luces

_____ duerma la apnea

_____ edad mas de 40 anos

_____ tiene diabetes

_____ tiene presion alta de sangre

_____ historia familiar de glaucoma

_____ toma medicaciones esteroides

_____ historia familiar de diabetes

_____ romper excesivo

_____ ojos abrasadores

_____ mujer mas de 45 anos

_____ los ojos se sienten

_____ como papel de lija

_____ sensacion de cuerpo extraño

_____ utilice goats para los ojos

sin receta

_____ la intolerancia de lentillas contactos

_____ historia de sties

_____ ojos picantes

_____ tenga

descarga blanquecina fibrosa

_____ frota ojos mucho

_____ ojos picantes

_____ ojos aguados