

NEW OR EXISTING PATIENT

Date: _____



Patient ID: _____

☐ Vision Exam☐ Danny Adams, OD

Check In time: _____

☐ Medical Exam

Emp. Initials: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Nombre		☐ Dr. ☐ Srta.	Estado Civil (para fines de seguro)		
				☐ Sr. ☐ Sra.	☐ Sol	☐ Cas	☐ Div ☐ Vda
Apodo	Fecha de Nac.	☐ Masc. ☐ Fem.	Número de Seguridad Social		Persona con responsabilidad financiera		
Dirección				Ciudad		Estado	Código Postal
Celular	Tele. del día	E-Mail			Empleador/Ocupación		

HISTORIA DEL PACIENTE

#1 ¿Tiene problemas con: ☐ Picazón, lagrimeo, ardor o sequedad ☐ Dolores de cabeza, visión doble o pérdida de la visión. ☐ Flotadores o destellos de luz ☐ Visión borrosa o molestias en los ojos ¿Usa Anteojos? ☐ Sí ☐ No ¿Usa lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No ¿Fuma? ☐ Sí ☐ No		#2 ¿Ha tenido problemas antes con: ☐ Alergias ☐ Riñones ☐ Artritis ☐ Estado mental/ Neurológico ☐ Asma ☐ Sangre/ Colesterol ☐ Piel/ Tegumentario ☐ Cáncer ☐ Estómago/ Intestinal ☐ Diabetes ☐ Tiroideo ☐ Enf. cardíacas ☐ Enfermedad, cirugía o lesión ocular ☐ Sistema inmunitario/ linfático ☐ Embarazada ahora		#3 Enumere CUALQUIER medicamento que tome, incluidos los de venta libre. ☐ Ninguno		#4 Enumere cualquier enfermedad que tiende a presentarse en su familia. ☐ Ninguno	
Último examen ¿Dónde/Cuando?		Médico		¿Cómo te enteraste de nosotros?		Deportes/Pasatiempos	

¡Gracias por completar este formulario!

For Office Use		Recall, 12 mo.			
Vitals: BP _____ / _____ Pulse _____ Height _____ Weight _____ VA: _____ Blue Light Transitions Polarized Anti-Fatigue PAL BIF TRI Computer DVO / NVO		☐ Coding ☐ Fee Slip ☐ Chart Done ☐ Letter to Primary MD/ Refer ☐ 92499 ☐ 92250 ☐ 92285 ☐ 92310 ☐ 92015 ☐ 66984 ☐ 92145 ☐ 66821 ☐ 76514 ☐ 67800 ☐ 92133 ☐ 92134 ☐ 92081 ☐ 92137 ☐ 992 _____ ☐ 92083 ☐ 920 _____		Tests today: DFE Optos OCT Mac / Ang / ONH / WS Lipiscan VF Screen 30-2 / 24-2 / 10-2 Pachy RTC: Reason RTC: Full DES/MGD Cornea Cataract Macula Glaucoma Retina CL Check /Order trials/ Call to Finalize Tests next visit: DFE Optos IOP VF Screen / 24-2 / 30-2 / 10-2 Pachy OCT Mac / Ang / ONH / WS Lipiscan	