

Arizona Lions Vision & Hearing Foundation

3124 E. Roosevelt St. Bldg. D #1

Phoenix, AZ 85009

Oficina: 602-267-7573 Fax: 602-267-7595

Horario: Lunes – Jueves: 8:30a.m to 2:00p.m.

Viernes: 8:30a.m. to 12:00p.m.



Aceptamos pagos en efectivo, tarjeta de débito o crédito. No cheques personales.

Gracias por elegir *Arizona Lions Vision and Hearing Foundation* para sus necesidades del cuidado de sus ojos. Por favor imprima y escriba claramente lo más completo posible. Si tiene alguna pregunta o preocupación por favor de pedirnos asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha ____/____/____ Nombre _____
Primero MI Apellido

Dirección _____ AZ _____
Numero Y calle # apartamento Ciudad Código postal

Teléfono de casa _____ - _____ - _____ Teléfono de trabajo _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad ____ Sexo: ____Masculino ____ Femenino

Estado civil: ____Soltero ____Casado ____Divorciado ____ Separado ____ Viudo

Ocupación: _____

Ingreso mensual: Usted \$ _____ Esposo/a \$ _____ TOTAL \$ _____
(Si es menor de edad incluya la del padre/guardián)

Número de personas en el hogar: _____

¿Razón de su visita de hoy?

_____ Chequeo general/ lentes nuevos _____ Problemas médicos del ojo

Al otro lado

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Por favor circule "Si" o "no" para indicar si usted tiene, o en toda la vida a tenido cualquiera de lo siguiente. También circule si un familiar de sangre a tenido alguno de los siguientes problemas.

	<u>USTED</u>	<u>FAMILIAR</u>
SIDA/HIV	Si No	Si No
Artritis	Si No	Si No
Asma	Si No	Si No
Haz/estas sangrando	Si No	Si No
Carnosidad	Si No	Si No
Ceguera	Si No	Si No
Cáncer	Si No	Si No
Cataratas	Si No	Si No
Ojo(s) cruzado	Si No	Si No
Diabético(a) ¿Cuánto tiempo? ____ (años)	Si No	Si No
___ Depende de la insulina		
___ No depende de la insulina		
Ataques epilépticos	Si No	Si No
Glaucoma	Si No	Si No
Dolores de cabeza	Si No	Si No
Hepatitis (tipo) _____	Si No	Si No
Presión Alta	Si No	Si No
Ojo(s) perezoso	Si No	Si No
Degeneración macular/ enfermedad de la retina	Si No	Si No
Ataques al corazón	Si No	Si No
Enfermedad de la tiroides	Si No	Si No
¿Está usted embarazada?	Si No	
(Mujeres solamente) ¿Cuántos meses? ____		

¿Cirugía o lesiones en los ojos?	Por favor apunte todos los medicamentos que está tomando	¿Alergias?

