

Bienvenido al Santa Clara Vision Center

Nombre

Fecha Hoy

Fecha de Nacimiento

Edad

Dirección

Ciudad

Zona Postal

Occupación

Lugar de Trabajo

¿Quien le a recomendado a nuestra clinica?

Forma de Pago: En efectivo Tarjeta de credito Aseguranza (nombre)
 Medicare VSP Otra

Razon para el examen: _____

Fecha del ultimo examen de los ojos: _____

Intersado en: Anteojos Lentes de contacto Mejorar la vista con Laser

Por favor, indique si ha tenido::

_____ alto presión

_____ Cataratas

_____ Diabetes

_____ Enfermedad del corazon

_____ Alergias

_____ Reacion a medicinas

_____ Glaucoma

_____ Miembro de la familia ciego por enfermedad de ojo

_____ cirugia de los ojos

Por favor, indique sintomas que tienan ahora:

_____ vista doble

_____ dificultad en ver cerca

_____ vista borrosa de lejos

_____ le da sueno a leer

_____ enfermedades de los ojos

_____ ojo herido

_____ infeccion de ojo

_____ otros _____

¿Tomar algun medicamento? Cuales: _____

¿Eres fumador? _____

Firma _____