



Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**Usted o alguien en su familia tiene estas enfermedades?Cuál es su relación?**

- Viscos R: \_\_\_\_\_  Glaucoma R: \_\_\_\_\_  
 Degeneración macular R: \_\_\_\_\_  Separación Retinal R: \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_

**Usted ha sido diagnosticado con las siguientes condiciones?**

- Tipo de Diabetes  Presión alta  Ceguera  Tiroides  Viscos  
 Glaucoma  Problemas cardiacos  Degeneración macular  Separación Retinal  
 Otro \_\_\_\_\_

**Por favor anote todos los medicamentos que esté tomando, la dosis, y para que es: Marque si no tiene ninguno**

\_\_\_\_\_

Tiene alergias a ciertos medicamentos? \_\_\_\_\_

Cuál es su salud en general? \_\_\_\_\_

Nombre de su doctor \_\_\_\_\_ # de teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Usa Tabaco?  Sí  No

Usa lentes?  Sí  No

Cuando?:

- todo el tiempo  para leer / trabajo de cercas  requerido por el trabajo  trabajo en la computadora  
 solo para la distancia  otro, por favor explique \_\_\_\_\_

Ha usado Lentes de Contacto?  Sí  No

Qué tipo de Lentes de Contacto usa?  Suave  largo uso  permeable de gas  bifocal  
 de color  astigmatismo  desechable  no está seguro(a)

Cual Marca? \_\_\_\_\_

Está interesado(a) en usar Lentes de Contacto?  Sí  No Trabaja frente de una computadora?  Sí  No

En qué actividades o deportes participa? \_\_\_\_\_

Doctor's Review \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Consentimiento y Autorización**

Yo certifico que he contestado las preguntas correctamente. También entiendo que dando información incorrecta puedo afectar mi salud. Le doy permiso a TSOC a distribuir mi información solamente en el propósito de diagnosticarme o provenirme con un tratamiento, o para obtener pagos de la aseguranza. También reconozco que mi tratamiento o diagnostica dependerá de mi permiso dado por mi firma. Le doy permiso a la aseguranza que le pague directamente al doctor. También entiendo que la aseguranza puede pagar menos de lo que el costo será y que yo seré responsable por pagar la diferencia.

**Conocimiento de la Nota de Privacidad del Paciente:**

Yo \_\_\_\_\_, certifico que he recibido una copia de Tri-State Optical Center Nota de Privacidad, y estoy de acuerdo con lo dicho en este documento.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente\* Fecha

\*Si usted es otra persona de la que firma, describe cuál es su relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**CONFIDENCIAL**