



CLARITY EYE CARE, PLLC

2695 East Lincoln Avenue, Suite C • Sunnyside, Washington 98944 • Phone (509) 836-2818 • www.clarityeyecare.net

HISTORIAL DEL PACIENTE

Gracias por escoger nuestra oficina para el cuidado de tus ojos. Por favor de completar esta forma y si necesitas ayuda preguntanos y con much gusto te ayudamos.

Nombre: _____ F.D.N.: ____/____/____ Fecha: ____/____/____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número De Teléfono: _____ Alternativo: _____

Correo Electronico _____

Empleo / Ocupación: _____ Seguro De Vista: _____

Fecha De Último Examen: _____ Quién / Dónde: _____

Has Usado Pupilentes? _____ Quires Pupilentes De Color? _____

Marca De Pupilentes Qué Has Usado: _____ Tipo De Solución: _____

Doctor De La Familia: _____ Actual Medicamentos: _____

CC/Hx: Marca Las Condiciones Que Aplican a Ti o Tu Familia.

- | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vision Borrosa | <input type="checkbox"/> Enfermedades Del Ojo | <input type="checkbox"/> *Alergias |
| <input type="checkbox"/> Double Visión | <input type="checkbox"/> Degeneración De Mácula | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Dolor En El Ojo | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> *Problemas Del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Golpe En La Cabeza | <input type="checkbox"/> Cirugia De Los Ojos | <input type="checkbox"/> Alta Presión |
| <input type="checkbox"/> Ojo Flojo | <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios |

Por Favor De Marcar "S" Para Si o "N" Para No

- | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Usas La Computadora? | <input type="checkbox"/> Participas En Deportes? |
| <input type="checkbox"/> Tienes Dificultad Manejar De Noche? | <input type="checkbox"/> Problemas Con Resplandor? |

Como Escuchastes De Nuestra Oficina?

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eres Paciente del Dr. Duggan en Wal-Mart | <input type="checkbox"/> Amigo o Familiar |
| <input type="checkbox"/> Eres Comprador Del Centro De Visión De Wal-Mart | <input type="checkbox"/> Otro/Explica _____ |

A lo mejor de mi conocimiento la información de arriba esta completa y correcta. Yo comprendo que es mi responsabilidad de informar al Doctor si ay algun cambio de salud en mi o mi hijo/a menor.

Firma _____ Relación _____ Fecha: ____/____/____