



WEST COAST EYE CARE ASSOCIATES

BARRY KATZMAN, M.D., P.C. MEDICAL DIRECTOR
Diplomate American Board of Ophthalmology

- Alpine Eye Center
- Clairemont Eye Center
- College Eye Center
- Escondido Eye Center
- National City Eye Center
- Valley Eye Center
- UTC Eye Center

USE LETRA DE MOLDE

Fecha:

Paciente:					
Apellido: _____		Nombre: _____		Inicial: _____	
Domicilio:					
Calle: _____		Num. Apt.: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____
Telefono: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Seguro Social: _____	Licencia: _____
Telefono de trabajo: _____		Correo electronico: _____		Quien lo refirio? <input type="checkbox"/> Doctor: _____ <input type="checkbox"/> Paciente: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Origen étnico:			Idiomas Hablados:		
Doctor Familiar:					
Nombre: _____			Domicilio: _____		
Ciudad: _____			Estado: _____	Codigo Postal: _____	Telefono: _____
Si paciente menor de 18, nombre de responsable:					
Apellido: _____		Nombre: _____	Inicial: _____	Relacion al paciente: _____	
Si es diferente al paciente:					
Domicilio: _____		Num. Apt. _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____
Telefono: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Seguro Social: _____	Licencia: _____	
Contacto de Emergencia:					
Nombre: _____			Telefono: _____		Relacion: _____
Trabajo de la persona responsable:					
				Telefono: _____	
Domicilio: _____				Ciudad: _____	Estado: _____
Codigo Postal: _____					
Aseguranza:					
Primaria					
Compañía: _____		Número de identificación: _____		Número de grupo: _____	
Nombre del Portador:					
Apellido: _____		Nombre: _____		Inicial: _____	
Fecha de Nacimiento: _____		Seguro Social: _____			
Secundaria:					
Compañía: _____		Número de identificación: _____		Número de grupo: _____	
Nombre del Portador:					
Apellido: _____		Nombre: _____		Inicial: _____	
Fecha de Nacimiento: _____		Seguro Social: _____			
Recompensa de Obrero					
Compañía: _____			Contacto: _____		Telefono: _____
Domicilio _____		Num. Apt.: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____
AUTORIZACION: Yo autorizo que se de informacion medica a mi aseguranza para procesar el pago directamente a West Coast Eye Care y entiendo que soy responsable de cualquier cargo que no haya sido cubierto por mi aseguranza.					

Firma: _____	Fecha: _____
--------------	--------------

PACIENTE: _____ **EDAD:** _____ **FECHA:** _____

Por favor llene este cuestionario para poder servirio a mayor:

HISTORIA OCULAR: Tiene usted historia de:

- | | | |
|--|------|------|
| Cataratas | q Si | q No |
| Glaucoma | q Si | q No |
| Ojo flojo (amblyopia) | q Si | q No |
| Ojo crusados (estrabismus) | q Si | q No |
| Iritis | q Si | q No |
| Operaciones de los ojos | q Si | q No |
| Enfermedades severas de los ojos | q Si | q No |
| Cirugia laser de los ojos | q Si | q No |
| Cirugia refractiva para correccion de la vista | q Si | q No |

HISTORIA MEDICA: Tiene usted historia de:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Diabetis | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Altapresion | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedades del corazon | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Otros problemas medicos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

*Por favor indique _____

HISTORA FAMILIA Tiene su familia historia de:

- | | | | | | |
|-------------|------|------|-----------|------|------|
| Glaucoma | q Si | q No | Diabetis | q Si | q No |
| Altapresion | q Si | q No | Cataratas | q Si | q No |

q **TOMA MEDICINAS REGULARMENTE?** Por favor indique:

q **TIENE ALERGIAS?** Por favor indique:

q **USA?**

- | | | | | | |
|-----------------|------|------|---------|------|------|
| Cigarros/Tabaco | q Si | q No | Alcohol | q Si | q No |
|-----------------|------|------|---------|------|------|

q **OTRAS SUBSTANCIAS?** Por favor indique:

ESTA INTERESADO EN:

- | | | |
|-------------------------|------|------|
| Cirugia refractiva | q Si | q No |
| Cirugia de los parpados | q Si | q No |
| Lentes de contacto | q Si | q No |
| Anteojos | q Si | q No |

USA COMPUTADORA? Si No

Cuantas horas diarias? _____

Tiene problemas con su vista debido a uso de la computadora? Si No

SUS PASATIEMPOS O DEPORTES FAVORITOS:

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| q Trabajo en casa | <input type="checkbox"/> Leer, Crucigramas | <input type="checkbox"/> Coser, Tejer |
| q Juegos de computadora | <input type="checkbox"/> Canasta, Bingo | <input type="checkbox"/> Deportes de contacto |
| q Dibujar, Pintar | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Trotar, Pasear en bicicleta |
| q Deportes sin contacto | <input type="checkbox"/> Conducir autos | <input type="checkbox"/> Cazeria, Tiro al blanco |
| q Pesca, Paseos en yate | <input type="checkbox"/> Deportes acuaticos | <input type="checkbox"/> Esquiar, Tenis |

Indique si tiene algunas preguntas: _____

Firma: _____

Fecha: _____