

DR. BARRY LEONARD AND ASSOCIATES

Fecha de Cita _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre De Paciente _____ M o F
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
Tel. Celular _____ Tel. de Casa _____ Tel. de Trabajo _____
E-mail _____ #SS _____
Nombre de Empleo/Escuela _____ Ocupación _____
Contacto en Caso de Emergencia _____ Numero de Tel. _____
Fecha de Ultimo Examen _____ Nombre de Previo Doctor _____
Seguro Medico _____ Seguro de Vision _____
Quien Recomendo o Referio a usted? _____
Que Deportes o Entretenimiento le gusta? _____

Información Medica Personal: Tiene usted problemas con uno de estos sistemas? Si tiene alguno de los siguientes porfavor indique.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Sistema Nervioso | <input type="checkbox"/> Mental |
| <input type="checkbox"/> Oido/Nariz/Garganta | <input type="checkbox"/> Genitourinario | <input type="checkbox"/> Glandulas Endocrinales |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Musculo Eskeletal | <input type="checkbox"/> Glandula Limfaticas |
| <input type="checkbox"/> Respiratorio | <input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Alergia/Imunologica |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Cirugias (de que tipo y cuando) | <input type="checkbox"/> Diabetes |

Esta usted en buena salud? Si No

Tiene usted reacción alergica hacia algun medicamento o substancia? Si No

Si, si porfavor anote _____

Nombre de Medico General _____

Porfavor Indique Si o No

Fuma? Si No cuanto? _____

Toma Alcohol? Si No cuanto? _____

Toma alguna Medicación? Si No porfavor indique nombre y que tan seguido _____

Usa usted otras substancias? Si No

Tiene usted historia familiar de alguno de los siguientes? Si, si porfavor indique.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Alta precion de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> Separación Retinal | <input type="checkbox"/> Cataratas |

Porfavor explique lo que aya marcado _____

Tiene usted alguno de lo siguiente? Si, si porfavor indique.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resequedad de Ojos | <input type="checkbox"/> Cirujia de Ojos | <input type="checkbox"/> Usa lentes |
| <input type="checkbox"/> Vision borrosa | <input type="checkbox"/> Lesion de Ojos | <input type="checkbox"/> Usa Contactos |

Tiene algun problema de ojos ahora? Porfavor explique _____

Esta usted interesado en corrección de Rayo Lazer? Si No

Porfavor firme abajo que a entendido y que toda la información es correcta a su mejor conocimiento.

Firma _____

Fecha _____