



Christopher M. Wright, O.D.
534 S. Eighth Street
El Centro, CA 92243
(760) 352-4361

Información Personal

* = Requerido

Nombre*:

Segundo Nombre:

Apellido*:

Sexo*: Masculino: Femenino:

Fecha De Nacimiento*:

No. De Seguro Social*:

No. De Licencia:

Status Matrimonial:

Contacto Emergencia*:

Relación*:

No. De Telefono*:

Información De Contacto

Email*:

(NO compartiremos su correo electronico con nadie mas. Solamente usaremos su correo electronico para contactarlo en referencia con su cuidado y servicios con y de nuestra oficina.)

No. Tel. Casa*:

No. Tel. Celular*:

No. Tel. Trabajo:

Domicilio*:

Domicilio:

Ciudad*:

Estado*:

Codigo Postal*:

Información De Seguro

Compañia*:

Miembro De Seguro*:

Fecha De Nacimiento*:

No. De Seguro Social:

Relación A Paciente *:

¿Como Encontro Nuestra Oficina?

Referencia De Doctor:

Referencia De Paciente:

Referencia De:

Otro:

Información De Empleo

Status De Empleo*: Tiempo Completo: MedioTiempo: Retirado:

No Trabajo: Hogar: Estudio: Desabilitado:

Empleador:

Domicilio De Empleo:

Domicilio De Empleo:

Ciudad De Empleo:

Estado De Empleo:

Codigo Postal:

Ocupación:

Historial De Salud Personal

Doctor Medico:

Ultimo Examen Medico:

Ultimo Exam De Vista:

Favor De Indicar Si Alguna Condición De Estas Aplica A USTED:

Embarasada O Amamantando:

Uso Anteojos:

¿Que Edad Tienen Sus Lentes?:

Uso Pupilentes:

¿Que Edad Tienen Sus Lentes?:

He Tenido Infección Ocular:

He Tenido Leci3n Ocular:

He Tenido Sirugia Ocular:

Manejo:

Problemas De Vista al Manejar:

¿Es Alérgico A Algun Medicamento? Si: No:

¿Si? Porfavor Indique A Cual:

Lista De Medicamentos:

Historial De Salud Familiar

Favor De Indicar Si USTED o ALGUN MIEMBRO De SU FAMILIA Ha Tenido Alguna De Las Siguietes Condiciones:

Seguera:

Diabetes:

Cataratas:

Infección Vascular:

Ojos Cruzados:

Alta Presi3n:

Glaucoma:

Riñones:

Degeneraci3n Macular:

Lupus:

Desprendimiento Retinal:

Tiroides:

Artritis:

Colesterol:

Cancer:

Otra:

Historial De Vida Social

Bebidas Alcoholicas: Diario Semanal

Ocasionalmente Nunca

Bebidas Cafeinadas: Diario Semanal

Ocasionalmente Nunca

Productos De Tabaco: Diario Semanal

Ocasionalmente Nunca

Drogas Controladas: Diario Semanal

Ocasionalmente Nunca

Favor De Indicar Cualquier Pasatiempo, Deporte O Actividad Que Sea De Su Interes:

¿Está Usted Expuesto A?: Gases Polvo Quimicos

¿Cuantas Horas Al Dia Hace Uso De Computadoras, Tabltes O Celular?:

¿Ha Viajado Al Extranjero En Los Ultimos 12 Meses? Si: No:

¿Si? ¿A Donde?

¿Ha Sido Expuesto A, O Infechado Con?:

Gonorrhea Hepatitis VIH Sífilis Tuberculosis

Favor De Indicar Cualquier Y Todo Problema Y Sintomas Que Actualmente Padece:

Evaluación Sistemática

- Fiebre
- Bajar O Subir De Peso
- Problemas De La Piel
- Dolor De Cabeza
- Migraña
- Desmayos
- Convulsiones O Ataques

- Ardor
- Sensación De Particulas
- Lagrimeo
- Lagrimeo Excesivo
- Sensibilidad A La Luz
- Dolor
- Piquetes
- Infección
- Granos En Los Parpados

Oídos, Nariz, Boca, Garganta

- Alergias
- Alergia Al Polen
- Tos Cronica
- Resequedad
- Congestión Nasal
- Mucosidad
- Goteo Nasal

Pulmones

- Asma
- Bronchitis
- Enfisema
- Falta De Aire

Cardiovascular

- Dolor De Pecho
- Alta Presión
- Infección Vascular
- Embolia
- Colesterol

Sistema Gastro-Intestinal

- Diarrea
- Extreñimiento

Musculos Y Coyunturas

- Artritis
- Calambre Muscular
- Dolor Muscular
- Dolor De Coyunturas

Endocrinología

- Tiroides
- Otros Organos
- Diabetes
- Anemia
- Problemas De Sangrado

Ojos Y Vista

- Relampagos, Luzes
- Flotadores
- Halos
- Ojos Cansados
- Perdida De Vista
- Perdida De Vista A Los Lados
- Vista Borrosa
- Distorción
- Vista Doble
- Resquedad
- Ojos Arenosos
- Comezón
- Lagaña Mucosa
- Rojez

Responsabilidad Financiera / Liberación De Archivos / Notificación De Privacidad

El pago y saldo por los servicios rendidos es debido al tiempo que los servicios son dados. El pago también es requerido antes de poder ordenar cualquier material. Todos los deducibles de su seguro y cargos de los materiales (anteojos o pupilentes) que se excedan de lo que cubre su seguro y descuentos deberán ser liquidados antes de que se le sean entregados.

Cuando use su seguro de visión o seguro médico, por favor verifique sus beneficios de cobertura antes. Hay muchas compañías de seguro, y nosotros trataremos de lo mejor posible para ayudarle a recibir la máxima cobertura posible.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya se que mi seguro pague o no.

Autorizo que el pago de mis beneficios de mi seguro sea pagado a Christopher M. Wright O.D., por los servicios rendidos.

Autorizo que mis archivos sea liberados a cualquier hospital, médico cirujano o compañía de seguros que requieran esa información.

He leído y entendido y estoy de acuerdo con las condiciones y su contenido.

Firma del Paciente, Padre o Responsable

Fecha

He **Recibido / Reusado** (favor de circular uno) la copia de **Notificación De Privacidad** de el Dr. Wright.

Firma

Fecha