



OPTOMETRIST: Dr. Jesse V. Dominguez

725 E. Main St. Suite 1C
Somerton, Arizona. 85350
PH: (928) 627-4525
Fax: (928) 627-4524

INFORMACIÓN DEL PACIENTE ANTERIOR

FECHA: _____

Primer Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____

Telefono _____ () celular () casa

Dirección _____

EMAIL: _____

Has tenido o tienes uno de los siguientes situaciones durante el último año? (Marque cualquiera que aplique. Circule cual ojo. D (derecho), I (Izquierda), o LD (Los Dos))

- | | | | | | |
|-----------------------|-----|---------------------|-----|-----------------------------|-----|
| ___ Lesión del ojo | D I | ___ Doble vision | D I | ___ Glaucoma | D I |
| ___ Cirugía del ojo | D I | ___ Ojos llorosos | D I | ___ Cataratas | D I |
| ___ Infección del ojo | D I | ___ Ojos rojos | D I | ___ Puntos/ líneas flotando | D I |
| ___ Descarga | D I | ___ Dolor en el ojo | D I | ___ Diabetes | |
| ___ Comezon de ojos | D I | ___ Visión borrosa | D I | ___ Alta presión | |
| ___ Ardor en los ojos | D I | ___ Fatiga visual | D I | ___ Cancer | |
| | | ___ Dolor de cabeza | | | |

Liste los medicamentos que toman:

Embarazada/ lactando () Si () No

Historia Social:

Alcohol () Si () No

Tabaco () Si () No

Aseguranza lo mismo () Si () No

Cambios para hacer

