4968 N. Milwaukee Ave. **Dr. Cesar L. Lau** Tel (773) 283-4053

Chicago, IL 60630 ***Optometrista*** Fax (773) 283-4588



Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recomendado por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑H ❑M Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad\_\_\_\_ Guardián \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Seg. Soc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título ❑Sr. ❑Srta. ❑Sra. ❑Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: ❑Soltero/a ❑Casado/a ❑Divorciado/a ❑Viudo/a

Correo Electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mejor manera de contactar: ❑Llamar ❑Texto ❑Correo electrónico

Esto autoriza la liberación de información para el proceso de las reclamaciones de seguro. Cargos serán facturados a los seguros (si aplica) pero si el seguro no paga, voy a ser responsable del pago de todos los cargos y gastos de colección por los servicios recibidos. **X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo está el niño/a en escuela? ❑Mal ❑Mas o menos ❑Bien

¿El/la niño/a está en el nivel de grado esperado? ❑Si ❑No Nivel de grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor marque todo lo que apliquen al niño/a:

❑Cierra o cubre un ojo con luz brillantes o durante trabajo visuales ❑Pierde lugar cuando lee o copia

❑Se queja de las letras juntándose o saltando ❑Omite o relee palabras o letras

❑Tiene dolor de cabeza con trabajo visual ❑Fatiga después de concentración visual

❑Exceso de lágrimas o restriega sus ojos frecuentemente ❑Se queja de visión borrosa con trabajo cerca

❑Un ojo se tuerce para dentro o afuera, arriba o abajo en cualquier momento ❑ Dolor en o cerca de los ojos

❑Fruncir el ceño o entrecerrar los ojos ❑Inclina o gira la cabeza excesivamente ❑Parpadea excesivamente ❑ Evita trabajo cerca

**Revisión de los Sistemas**

El niño/a tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas:

**Sistema NO SÍ NO SÍ**

**CONSTITUCIONAL OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA**

Fiebre, Pérdida/aumento de peso ❑ ❑ Alergias ❑ ❑

**INTEGUMENTARIO** (Piel) ❑ ❑ Congestión Sinusal ❑ ❑ **NEUROLOGICO** Tos Crónica ❑ ❑

 Dolor de Cabeza ❑ ❑ Boca/Garganta Seca ❑ ❑

 Migrañas ❑ ❑ **RESPIRATORIO**

 Convulsiones ❑ ❑ Asma ❑ ❑

**OJOS**  Bronquitis Crónica ❑ ❑

Pérdida de la Visión ❑ ❑ Enfisema ❑ ❑

 Visión borrosa ❑ ❑ **VASCULAR/ CARDIOVASCULAR**

 Distorsión de la Visión ❑ ❑ Diabetes ❑ ❑

 Pérdida de Visión Lateral ❑ ❑ Dolor de Corazón ❑ ❑

Visión Doble ❑ ❑ Presión alta ❑ ❑

 Resequedad ❑ ❑ Enfermedad Vascular ❑ ❑

 Secreción Mucosa ❑ ❑ Estreñimiento ❑ ❑

 Ojos Colorados ❑ ❑ **GENITOURINARIO**

 Sensación arenosa ❑ ❑ Genitales/Riñón/Vejiga ❑ ❑

 Picazón ❑ ❑ **HUESOS/ARTICULACIÓN/MÚSCULOS**

 Ardor de los ojos ❑ ❑ Artritis Reumatoide ❑ ❑

 Exceso de Lágrimas ❑ ❑ Dolor de músculos ❑ ❑

Sensibilidad a luz ❑ ❑ Dolor de articulación ❑ ❑

 Dolor del ojo ❑ ❑

Infección crónica del ojo ❑ ❑ **LINFATICO/HEMATOLOGICA**

Orzuelo ❑ ❑ Anemia ❑ ❑

 Destellos/Flotadores en ojos ❑ ❑ Problemas de sangrar ❑ ❑

**ENDOCRINO** **ALÉRGICO/Inmunodeficiencia** ❑ ❑

 Tiroides ❑ ❑ **PSIQUIATRICO**

 Colesterol Alto ❑ ❑ Ansiedad ❑ ❑ **GASTROINTESTINAL** Depresión ❑ ❑

Diarrea ❑ ❑Bipolar ❑ ❑

 Esquizofrenia ❑ ❑

Por favor indique si alguien en su familia fue diagnosticado con:

❑Glaucoma\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑Cataratas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑Ojos torcidos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑Ceguera \_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑Diabetes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑Enfermedad de corazón \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑Hipertensión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑Cáncer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑Tiroides \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_❑VIH/SIDA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑Enfermedad de pulmones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑Colesterol alto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier medicina recetado o sin receta, incluyendo gotas para los ojos, que toma diariamente (incluyendo aspirina y anticonceptivos orales) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos u otras \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El/la niño/a usa anteojos? ❑Si ❑No

Son para: ❑Solo distancia ❑Leer/computadora ❑Todo el tiempo

¿El/la niño/a usa lentes de contacto? ❑Si ❑No Si contestó que no, mueva a Razón de Visita\*

¿Sus contactos son: ❑Suaves ❑Duros Tipo: ❑Diarios ❑2 semanas ❑Mensual ❑Otro\_\_\_\_\_\_

¿El/la niño/a duerme con sus contactos? ❑Si ❑No ❑De vez en cuando

Y si, con que frecuencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia usa los contactos? ❑Todos los días ❑\_\_\_\_ veces por semana ❑\_\_\_\_\_\_\_ veces por mes

Horas diarias que usa contactos:\_\_\_\_\_ Marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Solución de limpieza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia reemplazar sus contactos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está interesado en contactos de color? ❑Si ❑No

\*Razón de visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_