



Wendy Shem Yeh, O.D.
Kristen Phifer, O.D.
Jonathan Kiriboon, O.D.
 Family and Developmental Optometry
 WalnutHillPasadenaOptometrics.com

Walnut Hill Pasadena Optometrics
 1368 E. Walnut St.
 Pasadena, CA 91106-1528
 (626) 796-3105 Voice/Text (626) 796-8816 Fax
 WalnutHillOpto@gmail.com

Información Para Nuevos Pacientes

Fecha: _____

¡Bienvenido a nuestra oficina! Para poder asistirlo eficazmente y atender a todas sus necesidades de la vista, por favor llene esta forma:

Nombre del Paciente

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____
 Nombre Preferido _____ Fecha de nacimiento _____
 Sexo asignado al nacer _____ Género _____ Pronombres _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código _____
 Teléfono de Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____
 Correo Electrónico (e-mail) _____

Enviamos recordatorios de citas próximas y anuales por mensaje de texto y correo electrónico. También podemos enviar noticias periódicas sobre nuestra práctica. Nunca divulgaremos su información a terceros.

¿Podemos contactarlo para:

Cita? (circule todo lo que corresponda) *casa trabajo celular e-mail texto*

Ocupación (o Grado) _____ Sitio de Empleo (o Escuela) _____

Si el paciente es menor de edad: Nombre de Padre/Guardián _____

Su relación al paciente (circule) *Madre Padre Otro:*

¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____

Información sobre seguros médicos y de visión

Seguro de visión _____ ID de miembro: _____

Seguro médico _____ ID de miembro: _____

Nombre de miembro _____ Fecha de nacimiento del miembro _____

¿Tiene **Medicare**? *Si No* ¿**MediCal**? *Si No*

Método de pago que usará hoy (círculo): *Cash Cheque Tarjeta de crédito CareCredit*

He leído y comprendo el Aviso de prácticas de privacidad de la oficina de la Dr. Wendy Shem Yeh, O.D.

Firmado (su nombre)

Fecha

Nombre del paciente: _____

Aproximada Fecha De Su Ultimo Examen (mes/año) _____

Por favor indique la razón por su visita. _____

¿Experimenta síntomas como ojos secos, con picazón, llorosos y con ardor? *Si No*

¿Experimenta síntomas de dolor de cabeza o migrañas? *Si No* ¿Qué tan severo y frecuente? _____

¿Utiliza una computadora o dispositivo digital (tableta, teléfono)? *Si No* ¿Cuántas horas al día? _____

¿Sientes tus ojos cansados, doloridos o incómodos al leer o alguna vez pierdes el lugar o la concentración al leer?
Si No

¿Usted usa lentes de contacto? *Si No* ¿Si no, esta interesado en Lentes de Contacto? *Si No*

¿Usted usa lentes para el sol? *Si No*

¿Si usa lentes para el sol, de que tipo?: *Prescripción Sin-Prescripción Clip-on*

¿Usted participa en actividades que ponen a sus vista en riesgo de lastimarse? *Si No*

(deportes, uso de aparatos electrónicos, reparación de autos o casa, etc.)

En caso afirmativo, ¿usa gafas de seguridad? *Si No*

¿Usted quisiera información sobre alguna de estas categorías? (Por favor escoja las que apliquen)

- Terapia de la vista para problemas con el aprendizaje
- Tratamiento para reducir o controlar la progresión de la miopía (control de la miopía)
- Ojo seco / Tratamiento de estética ocular
- Anteojos ocupacionales/de trabajo
- Cirugía de Rayo Láser para reducir la dependencia de anteojos o lentes de contacto

Doctora de atención primaria _____ Fecha del último examen físico _____

Dirección/Teléfono _____

Condiciones médicas:

Diabetes	Propia	Familia/Quién _____
Hipertensión	Propia	Familia/Quién _____
Colesterol alto	Propio	Familia/Quién _____
Tiroides	Propia	Familia/Quién _____
Glaucoma	Propia	Familia/Quién _____
Degeneración Macular	Propio	Familia/Quién _____
Cataratas	Propio	Familia/Quién _____
Estrabismo	Propio	Familia/Quién _____
Ambliopía	Propio	Familia/Quién _____
Otro	Propio	Familia/Quién _____

¿Fuma? *Si No* ¿Cuánto? _____ ¿Qué Fuma? _____

Medicamentos: _____

Alergias a medicamentos _____

Otras alergias (alimentarias/ambientales) _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor si el paciente es menor de edad: _____