

# CUESTIONARIO MEDICO DEL PACIENTE

SOLO PARA USO INTERNO: ACCOUNT # \_\_\_\_\_

Por favor circule uno: Dr. Sr. Sra. Srta.

Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono: Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero de SS (del paciente) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ ¿Cuenta (flexible) de gastos? Y / N

Nombre del seguro de la visión: \_\_\_\_\_ Nombre y #SS (de asegurado) \_\_\_\_\_

Nombre de seguro médico: \_\_\_\_\_ Nombre y #SS (de asegurado) \_\_\_\_\_

Etnicidad: (por favor, de marcar uno)  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Desconocido  Niego a responder

Raza: (por favor, de marcar uno)  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiática  Norteamericano de Origen Africano

Nativo de Hawái o Otro Isleño Pacifico  Blanco  Otra Raza  Niego a responder

Idioma Preferido: (por favor, de marcar uno)  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_  Niego a responder

¿Eres diabético o pre diabético? Sí No

Fecha del último examen ocular \_\_\_\_\_

¿Esta, o podría usted estar embarazada? Sí No

¿Le dilataron los ojos? Sí No

¿Fecha estimada de parto? \_\_\_\_\_

Nombre de su médico \_\_\_\_\_

¿Usted fuma cigarrillos/tabaco? Sí No

Fecha de última visita: \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No

¿La gustaría que compartamos su información médica con algún familiar? Sí No

Otro tipo de sustancia(s) \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna deficiencia o problema al mirar colores? Sí No

Si da permiso, indique nombre(s) \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? Google ❖ Yelp ❖ Facebook ❖ Paginas Amarillas ❖ Postal ❖ Pagina de Internet de VSP ❖

De Paso ❖ Internet (otro): \_\_\_\_\_ Amistades: \_\_\_\_\_

## POR FAVOR TRAIGA UNA LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO ACTUALMENTE

### DRY EYE QUESTIONNAIRE

Have you experienced any of the following during the last week:

	All of the time	Most of the time	Half of the time	Some of the time	None of the time	
1. Eyes that are sensitive to light?	4	3	2	1	0	
2. Eyes that feel gritty?	4	3	2	1	0	
3. Painful or sore eyes?	4	3	2	1	0	
4. Blurred vision?	4	3	2	1	0	
5. Poor vision?	4	3	2	1	0	
[For office] Subtotal score for answers 1 to 5						(A)

Have problems with your eyes limited you in performing any of the following during the last week:

	All of the time	Most of the time	Half of the time	Some of the time	None of the time	
6.. Reading?	4	3	2	1	0	N/A
7. Driving at night?	4	3	2	1	0	N/A
8. Working with a computer or ATM machine?	4	3	2	1	0	N/A
9. Watching TV?	4	3	2	1	0	N/A
[For office] Subtotal score for answers 6 to 9						(B)

Have your eyes felt uncomfortable in any of the following situations during the last week:

	All of the time	Most of the time	Half of the time	Some of the time	None of the time	
10. Windy conditions?	4	3	2	1	0	N/A
11. Places or areas with low humidity (very dry)?	4	3	2	1	0	N/A
12. Areas that are air conditioned?	4	3	2	1	0	N/A
[For office] Subtotal score for answers 10 to 12						(C)

Add subtotals A, B, C to obtain D  
(D = sum of scores for all questions answered) (D)

Total number of questions answered  
(Do not include questions answered N/A) (E)