

CLEAR VISION OPTOMETRY

PATIENT INFORMATION AND HEALTH HISTORY

Is this your first visit here? Y/N

Patient Name: _____ Age: _____ Birth Date: _____ M/F Single / Married / Other

Mailing Address: _____ City _____ State _____ Zip _____

Best Phone # to contact: _____ Cell / Home / Work Alternate phone# _____

Occupation: _____ Email _____ student? Y/N Full time / Part time

Insured's Name: _____ Insured's Employer: _____

Insured's ID: _____ Insurance Plan Name: _____

Insured's Date of Birth: _____ Insured's social security #: _____

Patient's relationship to Insured: Self / Spouse / Dependent

What is the reason for your visit today: _____

Are you pregnant? Y / N Are you breastfeeding? Y / N

Do you smoke? Y / N Do you drink alcohol on a regular basis? Y / N Do you use recreational drugs? Y / N If yes to any, please explain _____

What medication are you taking including eye drops? _____

Are you allergic to any medication? Y / N _____

Have you had any eye surgeries or eye injuries? Y / N _____

Last Physical Exam? _____ Primary care physician _____ Last eye exam? _____

Are you experiencing any of the following symptoms (please circle)?

Blurred Vision / Burning eyes / Itchy eyes / Double Vision/ Dry eyes / Eyestrain / Headache / Light sensitivity / Redness / Flashes of light / Floaters / Loss of vision / Watery eyes

Please check all that apply:

	Self	Blood relative		Self	Blood relative
Blindness	___	___	Cataracts	___	___
Glaucoma	___	___	Amblyopia (lazy Eye)	___	___
Strabismus	___	___	Macular degeneration	___	___
Respiratory	___	___	Thyroid condition	___	___
Cancer	___	___	Diabetes	___	___
Ear/nose/throat	___	___	Heart condition	___	___
High blood pressure	___	___	Musculoskeletal	___	___
Gastrointestinal	___	___	High cholesterol	___	___
Skin condition	___	___	None	___	___

By signing below, I understand that any portion of the services and products provided during my visit today at Clear Vision Optometry that my insurance may NOT cover in part or in full shall be my financial obligation to pay in full at the time the services or products are rendered and that the information provided above is true:

Sign _____ Date: _____

Reviewed by Dr. Southaphanh

Date:

CLEAR VISION OPTOMETRY

Historia y Información del paciente

Es tu primera cita aquí? Y/N

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Hombre ___ Mujer ___ Casado(a)/ Soltero(a)/ Otro _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Mejor # para contactarlo: _____ Celular / Casa / Trabajo Numero Alternativo _____

Ocupación: _____ Email _____ estudiante? Si/No Tiempo completo/ Medio tiempo

Nombre de Asegurado: _____ Nombre de Empleador _____

ID Del asegurado: _____ Nombre de aseguranza: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Seguro social del asegurado : _____

Relación del paciente al asegurado: Yo / Cónyuge / Dependiente

La razón de la visita de hoy: _____

Esta embarazada? Si / No Está dando pecho? Si / No

Fuma o mastica tabaco? Si / No Si fuma Cuanto? _____ Bebe Alcohol al diario? Si / No Usa otra clase de drogas? Si / No

Si fuma o toma por favor explique _____

Por favor liste todos los medicamentos que está tomando incluyendo gotas para los ojos? _____

Tiene alergia a alguna medicina, comidas o animales? Y / N _____

Ha tenido alguna cirugía oculares o lesiones en los ojos? Si/No _____

Ultimo examen físico? _____ Nombre de su doctor _____ Último examen de la vista? _____

Está experimentando cualquiera de los siguiente síntomas? (por favor circule)?

Visión Borrosa / Ojos ardientes / Comezón en los ojos / Visión doble/ Ojos secos / Fatiga ocular / Dolor de cabeza /Sensibilidad a la luz / Enrojecimiento / Destellos de luz / Flotadores del ojo / Pérdida de visión / Ojos llorosos

Por favor marque todas las que aplican:

	Yo	Pariente		Yo	Pariente
Ceguera	___	___	Cataratas	___	___
Glaucoma	___	___	Ambliopía (Ojo perezoso)	___	___
Estrabismo	___	___	Degeneración macular	___	___
Respiratoria	___	___	Condición tiroides	___	___
Cancer	___	___	Diabetes	___	___
Oídos/Nariz/Garganta	___	___	Afección cardiaca	___	___
Alta Presión	___	___	Musculo esqueléticas	___	___
Gastrointestinal	___	___	Colesterol alto	___	___
Condición de la piel	___	___	Ninguno	___	___

Al firmar abajo, yo entiendo que cualquier porción de los productos y servicios proporcionados durante mi visita hoy en clear visión Optometría que mi seguro no puede cubrir en parte o en su totalidad será mi obligación financiera para pagar en total en el momento que los productos o servicios son prestados y que la información proporcionada anteriormente es verdadera:

Firma _____ Fecha: _____

Revisado por la Dr. Southaphanh _____ Fecha: _____