



# CLÍNICA FRANK HASKELL de Ojos

800 E Chestnut St., Bellingham, WA 98225

bellinghamcentrallions.org

**Volver solicitud a la dirección arriba y nos pondremos en contacto con usted con respecto a una hora de la cita o el siguiente paso.**

El día de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre:

\_\_\_\_\_  
Primero Medio Último

Dirección:

\_\_\_\_\_  
Calle o Apartado Postal Ciudad Estado Cremallera

Condado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_  
Mes día año

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Casa # Mensaje o celular #

Podemos dejar un mensaje?  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué número? \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido asistencia de la Clínica de Ojos Haskell?  Sí  No

¿Qué asistencia está solicitando:  Examen de la vista  Lentes

¿Necesita alojamiento ADA?  Sí  No Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene Medicare:  Sí  No Medicaid:  Sí  No Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro seguro visión?  Sí  No

Si tiene Medicare / Medicaid u otra cobertura de salud pública, se debe obtener un examen de una clínica de la aceptación de esta cobertura. Una lista está disponible bajo petición.

¿Cuál es su situación de vivienda?

Propio  Alquilar  Estar con la familia / amigos  Sin hogar  Otro: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:

Tiempo completo  Trabajadores por cuenta propia  
 Media tiempo  Retirado  
 Temporal  Desempleados

Sexo:

M  
 F

Estado civil:

Soltero  
 Casado  
 Divorciado

USO DE OFICINA: no escriba en este espacio

## CLÍNICA FRANK HASKELL de Ojos - CALIFICANDO INFORMACIÓN FINANCIERA

- Esto se mantuvo confidencial -

Nombre fecha: \_\_\_\_\_

**PARA CALIFICAR:**

1. Se dará prioridad A RESIDENTES Whatcom
2. Se necesita prueba de ingresos financieros ABAJO

Tamaño de la familia:	Los ingresos combinados:	Tamaño de la familia:	Los ingresos combinados:	Tamaño de la familia:	Los ingresos combinados:
1	\$ 21,780	2	\$ 29.420	3	\$ 37.060
4	\$ 44.700	5	\$ 52.340	6	\$ 59.980
<b>Las personas adicionales + \$ 7,640 EA.</b>					

¿Tiene hijos dependientes que viven con usted?  Sí  No Si es así, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

Número total de personas en el hogar, incluido usted mismo: \_\_\_\_\_

**Familia Ingreso mensual:**

Empleador (s): \_\_\_\_\_

Salario: \$ \_\_\_\_\_

Dividendo / Interés: \$ \_\_\_\_\_

Seguridad Social: \$ \_\_\_\_\_

Otro: \$ \_\_\_\_\_

**INGRESO TOTAL: \$ \_\_\_\_\_**

**La vivienda Los gastos mensuales:**

Alquiler / hipoteca: \$ \_\_\_\_\_

Utilidades: \$ \_\_\_\_\_

Seguro: \$ \_\_\_\_\_

Teléfono: \$ \_\_\_\_\_

Otro: \$ \_\_\_\_\_

**El total de gastos: \$ \_\_\_\_\_**

**Que han traído los siguientes documentos:**

1) Prueba de ingreso: presente una

- declaración de impuestos; o
- recibos de pago (de todas las fuentes de ingresos: el trabajo, SSI, etc.); o
- DSHS / Cupones de Alimentos solicitud completa

2) Prueba de Residencia: presente una

- contrato de arrendamiento; o
- factura de energía / servicios públicos; o
- Faro Misión Ministerios Residente

## CLÍNICA FRANK HASKELL de Ojos - historia del paciente y INFORMACIÓN

- Esta será confidencial como parte de su registro médico -

Nombre fecha: \_\_\_\_\_

### HISTORIA VISUAL

¿Cuál es la razón principal para el examen de hoy? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último examen? \_\_\_\_\_

Ocupación actual: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Cómo se utiliza un ordenador?  Sí  No Horas / día \_\_\_\_\_

¿Manejas?  Sí  No

¿Tiene problemas de deslumbramiento? \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad al conducir?  Sí  No

¿Tiene problemas con la visión nocturna?  Sí  No

### HISTORIA ESPECTÁCULO LENTE

¿En la actualidad usa anteojos?  Sí  No Ya que: \_\_\_\_\_

Tipo de gafas:  Tiempo completo  Medio tiempo  Distancia  Cerrar

Vasos en propiedad:  Visión única  Bifocales  Trifocales  Lentes de respaldo  Lentes de seguridad  
 Gafas deportivas  Progresivo

¿Ha tenido problemas en el pasado con gafas?  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_

### LENTE DE CONTACTO HISTORIA

¿En la actualidad usa lentes de contacto?  Sí  No Ya que \_\_\_\_\_

### HISTORIA SOCIAL

¿Utiliza suplementos nutricionales (vitaminas, etc.)?  Sí  No

Cómo se involucra en el ejercicio regular?  Sí  No

¿Bebes alcohol?  Sí  No

Si es así, ¿cuánto / frecuencia:  Ocasional  1 por día  2-3 / día  4 + / día

¿Fumas? Sí

Si es así, ¿cuánto / frecuencia:  Ocasional  1/2 paquete / día  1 paquete / día  1 + paquete / día

¿Utiliza drogas "recreativas"?  Sí  No

Pasatiempos / intereses: \_\_\_\_\_

# CLÍNICA FRANK HASKELL de Ojos - historia del paciente y INFORMACIÓN

- Esta será confidencial como parte de su registro médico -

## HISTORIA DE OJOS

- |   |   |                                     |   |
|---|---|-------------------------------------|---|
| Los dolores de cabeza                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Los párpados caídos                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Deslumbramiento / Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Rojez                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ojos cansados                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Arena / sensación de cuerpo extraño | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ojo vago                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ojos cruzados                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ardiente                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Visión borrosa Distancia            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sequedad                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Borrosa visión de cerca             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Exceso de lágrimas / de riego           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Visión distorsionada (halos)        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Par de ojos o dolor                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Visión doble                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cuerpo Sensación extranjera             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Flotadores o manchas                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| La infección de los ojos o la tapa      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Visión fluctuante                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Comezón                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de visión                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| secreción mucosa                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | La pérdida de la visión lateral     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

## Estado de salud general

- |                                  |   |                                    |   |
|----------------------------------|---|------------------------------------|---|
| Riñón                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Blood / linfa (colesterol)         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Músculos, huesos, articulaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Alérgica / inmunológica            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Piel                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Oídos, nariz, garganta             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Neurológica (MS)                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cardiovascular/                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes, tiroides               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Alta presión sanguínea             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| VIH / SIDA                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Los problemas respiratorios (asma) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fiebre                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Gastrointestinal                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| otros síntomas                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                    |   |

Últimas Enfermedades, lesiones o cirugía: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

¿Se le ha prescrito medicamentos que no se utiliza? \_\_\_\_\_

Medicamentos que pueden causar reacciones o sensibilidades? \_\_\_\_\_

Alergias específicas: \_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR

- |                           |   |                        |   |
|---------------------------|---|------------------------|---|
| Ojo vago                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Artritis               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ceguera                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Catarata (s)              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Daltonismo                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Glaucoma                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Degeneración macular      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del riñón   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Lupus                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enciende el ojo           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Carrera                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de tiroides    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Otros                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |