



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
Las personas adicionales + \$ 7,640 EA.					

¿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 |