

WELCOME TO BLOUNT
COUNTY EYE CENTER



BIENVENIDO A BLOUNT
COUNTY EYE CENTER

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Patient Name / Nombre del Paciente (Last / Último) _____ (First / Primero) _____ Date of Birth / Fecha D Nacimiento ____/____/____

Address / Dirección _____ City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip Code / Código Postal _____

Preferred Phone Number / Número de Telefono Preferido (Home / Casa) (____) _____ (Cell / Celular) (____) _____

Referred By / Referido Por _____ Email Address / Correo Electronico _____

INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Plan Name / Nombre del Plan _____ Group / Grupo _____ Insured Date of Birth / Fecha de Nacimiento del Segurado/a ____/____/____

Insured Name / Nombre del Asegurado _____ Insured ID# / Número de ID de la Aseguranza _____

MEDICAL OR OCULAR HISTORY / HISTORIAL MÉDICO O OCULAR

What Is The Reason For Today's Visit? / ¿Cuál es el Motivo de la Visita de Hoy? _____

Do You Wear Glasses? / Usas Lentes? Yes / Sí No How Old Are Your Glasses? / Cuantos Anos Tienen Tus Lentes? _____

Date Of Last Exam / Fecha del Último Examen ____/____/____ From Doctor / Del Doctor _____

Do Any Of Your Blood (Parents, Grandparents, or Siblings) Have Any of These Conditions? / ¿Alguna de su Sangre (Padres, Abuelos, o Hermonos) Tiene Alguna de Estas Afecciones?

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Heart Disease
Enfermedad Del Corazón | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Eye Surgery
Cirurgia de Ojo | <input type="checkbox"/> Frequent Headaches
Dolores de Cabeza Frecuentes |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure
Alta Presion Sanguinea | <input type="checkbox"/> Asthma
Asma | <input type="checkbox"/> Cataracts
Cataratas | <input type="checkbox"/> Eye Injuries
Lesiones Oculares | <input type="checkbox"/> Are You Pregnant?
Estas Embarazada? |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Problems
Problemas Tiroideos | <input type="checkbox"/> Cancer
Cáncer | <input type="checkbox"/> Retinal Disease
Enfermedad de la Retina | <input type="checkbox"/> Double Vision
Vision Doble | <input type="checkbox"/> Eyes Been Dilated?
Ojos Dilatados? |

Primary Care Doctor / Medico de Atencion Primaria _____



BLOUNT COUNTY EYE CENTER

New Patient / Nuevos Pacientes

1 How long has it been since your last eye exam?
Cuánto tiempo ha pasado desde su último examen?

2 Do you wear glasses or contacts?
Usas lentes o lentes de contacto?

Yes / Sí No Both / Ambos Neither / Ninguno

3 Has your vision changed since your last exam?
Ha cambiado su visión desde su último examen?

Yes / Sí | If yes, Near Distance
 No | En caso afirmativo Cerca Distancia

4 Have you ever had any eye surgery/injuries of the eyes?
Alguna vez ha tenido alguna otra cirugía/lesión en los ojos?

Yes / Sí | If yes, explain. / En caso afirmativo, explicar.
 No | _____

5 Do any of these apply to you?
Alguna de estos se aplica a usted?

Itching / Comezon Discharge / Descarga Eye Lid Pain / Dolor de Párpado Bleeding / Sangria
 Burning / Ardiente Allergies / Alergias Eye Turn / Vuelta de Ojo Dryness / Sequedad
 Pain / Dolor Squinting / Ojos Entrecerrados Flashes of Lights / Destellos de Luz
 Floaters / Flotadores Headaches / Dolores de Cabeza Rosacea / Rosácea
 Irritation / Irritación Twitching / Espasmódicos Excessive Blinking / Parpadeo Excesivo

6 Have you ever been diagnosed with any eye disease / condition such as...
Alguna vez te han diagnosticado alguna enfermedad / condición ocular como...

Glaucoma High Blood Pressure / Alta Presión Sanguínea Cancer / Cáncer
 Cataracts / Cataratas Macular Degeneration / Degeneración Macular Diabetes

7 Are you taking medication on a daily basis?
Esta tomando algún medicamento a diario?

8 Allergic to any medication?
Alérgico a cualquier medicamento?

9 Height:
Altura:

Feet and / Pies y _____ inches / pulgadas _____
Weight / Pesos _____

10 Are you using eye drops?
Estes usando gotas para los ojos?

Prescription / Prescrito
 Over the Counter / En el Mostrador

11 Do you have any additional questions?
Tienes preguntas adicionales?
