Vision Services

_____
Patient Name (Nombre)

_____ _____
Date of Birth (Fecha de Nacimiento) ***HRN (office use only)***

Questionnaire / Cuestionario

When was your last eye exam? _____
Do you wear glasses? Yes/No
Are you having blurry vision? Yes/No
Have you had any eye surgery or trauma in the past?
If yes, please specify _____
_____

Cuando fue su último examen de la vista? _____
Usa lentes? Si/No
Siente la vista borrosa? Si/No
Ha tenido cirugía en los ojos o trauma en el pasado?
Especifique por favor _____
_____

Circle if you have any of these eye symptoms:
Itchy, Watery, Burning, Pain, Floaters, Flashes

Circule si está teniendo algun de estos síntomas:
Comezón,Lagrimeo,Ardor,Dolor,Flotantes,Relámpagos

Do you feel **Fatigue**?	Yes/No	Se siente **Fatigado**?	Si/No
Do you have **Fevers**?	Yes/No	Padece de **Fiebre**?	Si/No
Do you have any **Hearing Loss**?	Yes/No	Padece de **Perdida de Audicion**	Si/No
Have you been **Coughing/Wheezing**?	Yes/No	Ha estado usted **Toziendo/Sibilancias**?	Si/No
Do you have **Chest Pressure/Discomfort**?	Yes/No	Siente **Presion/Incomodidad en el pecho**?	Si/No
Do you have **Intolerance to cold/heat**?	Yes/No	Padece de **Intolerancia a lo frio/caliente**?	Si/No
Are you constantly **Thirsty**?	Yes/No	Tiene **Sed constantemente**?	Si/No
Do you constantly **Urinate**?	Yes/No	Tiene que **Orinar constantemente**?	Si/No
Do you have any **Headaches**?	Yes/No	Tiene **Dolor de Cabeza**?	Si/No
Do you feel **Dizzy**?	Yes/No	Se siente **Mareado?**	Si/No
Do you have any skin **Rashes**?	Yes/No	Tiene **Erupciones en la piel**?	Si/No
Do you have **Arthritis**?	Yes/No	Tiene **Artritis**?	Si/No
Do you have **Muscle Weaknesses**?	Yes/No	Padece de **Debilidad Muscular**?	Si/No
Do you **Bleed Easily**?	Yes/No	Usted **Sangra facilmente**?	Si/No
Do you **Bruise Easily**?	Yes/No	Usted **Moretea fácilmente**?	Si/No
Do you have **Seasonal Allergies**?	Yes/No	Tiene **Alergias Temporales**?	Si/No

Food Allergies: _____
Allergies to Medication: _____
_____
Current Medications: _____
_____
_____

Alergias a comida: _____
Alergias a Medicamento: _____
_____
Medicamentos actuales: _____
_____
_____

Family History – Specify who
Diabetes _____
Cholesterol _____
Glaucoma _____
High Blood Pressure _____

Historia Familiar – Especifique quien
Diabetes _____
Colesterol _____
Glaucoma _____
Alta Presión _____

Do you **Smoke**?	Yes/No	Usted **Fuma**?	Si/No
Do you drink **Coffee/Caffeine**?	Yes/No	Consume **Café/Cafeina**?	Si/No
Do you drink **Alcohol**?	Yes/No	Consume **Alcohol**?	Si/No

_____ _____
Patient or Guardian Signature (Firma de Paciente/Guardián) Date (Fecha)

_____ _____
Provider Signature Date Reviewed