



**Wendy Shem Yeh, O.D.**  
**Kristen Phifer, O.D.**  
**Jonathan Kiriboon, O.D.**  
 Family and Developmental Optometry  
 HollywoodVermontOptometrics.com

*Hollywood Vermont Optometrics*  
 1609 N Vermont Ave,  
 Los Angeles, CA 90027  
 Phone: (323) 663-8346, Fax: (323) 663-2316  
 HollywoodVermontOpto@gmail.com

## Información Para Nuevos Pacientes

Fecha: \_\_\_\_\_

¡Bienvenido a nuestra oficina! Para poder asistirlo eficazmente y atender a todas sus necesidades de la vista, por favor llene esta forma:

### Nombre del Paciente

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
 Nombre Preferido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Sexo asignado al nacer \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Pronombres \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico (e-mail) \_\_\_\_\_

Enviamos recordatorios de citas próximas y anuales por mensaje de texto y correo electrónico. También podemos enviar noticias periódicas sobre nuestra práctica. Nunca divulgaremos su información a terceros.

¿Podemos contactarlo para:

Cita? (circule todo lo que corresponda) *casa trabajo celular e-mail texto*

Ocupación (o Grado) \_\_\_\_\_ Sitio de Empleo (o Escuela) \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad: Nombre de Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Su relación al paciente (circule) *Madre Padre Otro:*

¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

### Información sobre seguros médicos y de visión

Seguro de visión \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_

Seguro médico \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_

Nombre de miembro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro \_\_\_\_\_

¿Tiene **Medicare**? *Si No*      ¿**MediCal**? *Si No*

Método de pago que usará hoy (círculo): *Cash Cheque Tarjeta de crédito CareCredit*

He leído y comprendo el Aviso de prácticas de privacidad de la oficina de la Dr. Wendy Shem Yeh, O.D.

\_\_\_\_\_  
**Firmado (su nombre)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Aproximada Fecha De Su Ultimo Examen (mes/año) \_\_\_\_\_

Por favor indique la razón por su visita. \_\_\_\_\_

¿Experimenta síntomas como ojos secos, con picazón, llorosos y con ardor? *Si No*

¿Experimenta síntomas de dolor de cabeza o migrañas? *Si No* ¿Qué tan severo y frecuente? \_\_\_\_\_

¿Utiliza una computadora o dispositivo digital (tableta, teléfono)? *Si No* ¿Cuántas horas al día? \_\_\_\_\_

¿Sientes tus ojos cansados, doloridos o incómodos al leer o alguna vez pierdes el lugar o la concentración al leer?  
*Si No*

¿Usted usa lentes de contacto? *Si No* ¿Si no, esta interesado en Lentes de Contacto? *Si No*

¿Usted usa lentes para el sol? *Si No*

¿Si usa lentes para el sol, de que tipo?: *Prescripción Sin-Prescripción Clip-on*

¿Usted participa en actividades que ponen a sus vista en riesgo de lastimarse? *Si No*

(deportes, uso de aparatos electrónicos, reparación de autos o casa, etc.)

En caso afirmativo, ¿usa gafas de seguridad? *Si No*

¿Usted quisiera información sobre alguna de estas categorías? (Por favor escoja las que apliquen)

- Terapia de la vista para problemas con el aprendizaje
- Tratamiento para reducir o controlar la progresión de la miopía (control de la miopía)
- Ojo seco / Tratamiento de estética ocular
- Anteojos ocupacionales/de trabajo
- Cirugía de Rayo Láser para reducir la dependencia de anteojos o lentes de contacto

---

Doctora de atención primaria \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

Dirección/Teléfono \_\_\_\_\_

Condiciones médicas:

Diabetes	Propia	Familia/Quién _____
Hipertensión	Propia	Familia/Quién _____
Colesterol alto	Propio	Familia/Quién _____
Tiroides	Propia	Familia/Quién _____
Glaucoma	Propia	Familia/Quién _____
Degeneración Macular	Propio	Familia/Quién _____
Cataratas	Propio	Familia/Quién _____
Estrabismo	Propio	Familia/Quién _____
Ambliopía	Propio	Familia/Quién _____
Otro	Propio	Familia/Quién _____

---

¿Fuma? *Si No* ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Qué Fuma? \_\_\_\_\_

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

Alergias a medicamentos \_\_\_\_\_

Otras alergias (alimentarias/ambientales) \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor si el paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_