



Patient History Questionnaire

Last Name _____ First Name _____ MI _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Work Phone (____) _____ Home Phone(____) _____ SSN _____
DOB _____ Occupation _____ Employer _____
Emergency Contact _____ Phone Number (____) _____
Date of Last Eye Exam _____ Dilated? YES / NO
Today's Date _____ Referred By _____

Medical Information

What is your general health? _____

Do you have problems with any of these systems? (Please circle yes or no.)

Gastrointestinal	Yes/No	Nervous	Yes/No	Endocrine (glands)	Yes/No
Ears/Nose/Throat	Yes/No	Urinary	Yes/No	Blood/Lymph	Yes/No
Cardiovascular	Yes/No	Muscular/bones	Yes/No	Allergic/Immunologic	Yes/No
Respiratory	Yes/No	Integumentary	Yes/No	Headaches	Yes/No
High blood pressure	Yes/No	Eyes	Yes/No	Mental	Yes/No

Please Explain _____

Diabetes Yes/No Type _____ Date of Diagnosis _____

Allergies to medication? Yes/No Which? _____ Reaction _____

Other health problems _____

Current Medication(s) _____ Check if none ☐

Have you had any operations? Yes/No Kind? _____ When _____

Name of Family Doctor _____

Date of Last Visit _____ Date of last tetanus shot _____

Family History

High blood pressure Yes/No Relation _____ Macular degeneration Yes/No Relation _____

Diabetes Yes/No Relation _____ Retinal Detachment Yes/No Relation _____

Glaucoma Yes/No Relation _____ Cataracts Yes/No Relation _____

Personal Eye Information

Do you have any eye condition or problem? Yes/No Which Kind? _____

Have you had any eye operation? Yes/No Type _____ Date _____

Have you had an eye injury? Yes/No Kind _____ Date _____

Do you have glaucoma? Yes/No Cataracts? Yes/No Dry Eyes? Yes/No

Macular Degeneration? Yes/No Retinal Detachment? Yes/No Blurred Vision? Yes/No

Do you wear glasses? Yes/No Contact Lenses? Yes/No Type _____

Additional Information _____

Interested in contacts please see an associate for details.

Doctor Use Only

Reviewed by _____ ☐ No changes Date _____

Reviewed by _____ ☐ No changes Date _____

Reviewed by _____ ☐ No changes Date _____

Historial del Paciente

Apellido _____ Nombre _____ MI _____
 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____
 CodigoPostal _____ Teléfono (____) _____ SSN _____
 Fecha de Nacimiento _____ Persona de Emergencia:
 Nombre _____ Número de Teléfono (____) _____
 Fecha del último examen _____ Dilatación? SI / NO
 La Fecha de Hoy _____

Información Medica

Cuál es su salud? _____
 Tiene algún problema en estos sistemas? (Favor de circular SI o No.)

Gastrointestinal	Si/No	Nervioso	Si/No	Glándulas endocrinas	Si/No
Oídos/Nariz/Garganta	Si/No	Urinario	Si/No	La Sangre	Si/No
Cardiovascular	Si/No	Huesos	Si/No	Alergia	Si/No
Respiratorio	Si/No	De la piel	Si/No	Dolores de Cabeza	Si/No
Presión Alta	Si/No	Los ojos	Si/No	Mental	Si/No

 Favor de Explicar _____
 Diabetes Si/No Tipo _____ Fecha de Diagnostico _____
 Alergia a medicamento? Si/No Cual? _____ Reacción _____
 Otro Problema? _____
 Medicamento(s) _____ Ninguno ☐
 Ha tenido alguna operación? Si/No De qué? _____ Cuando _____
 Nombre del doctor de cabecera _____
 Última Visita _____ Fecha de vacuna del Tétano _____

Historial de la Familia

Presión Alta Si/No Relación _____ Degeneración Macular Yes/No Relación _____
 Diabetes Si/No Relación _____ Despegamiento de la Retina Si/No
 Relación _____
 Glaucoma Si/No Relación _____ Cataratas Si/No Relación _____

Información Personal del Ojo

Tiene algún problema del ojo Si/No Cual? _____
 Ha tenido alguna cirugía? Si/No Que tipo _____ Fecha _____
 Ha tenido alguna lesión? Si/No Cual? _____ Fecha _____
 Tiene glaucoma? Si/No Cataratas? Si/No Ojos secos? Si/No
 Degeneración Macular? Si/No Despegamiento de la retina? Si/No Visión borrosa? Si/No
 Usa lentes? Si/No Lentes de contacto? Si/No Marca _____

Información adicional _____

Doctor Use Only

Reviewed by _____ ☐ No changes Date _____
 Reviewed by _____ ☐ No changes Date _____
 Reviewed by _____ ☐ No changes Date _____