

Please fill out this demographic information so that we may assist you in the best way possible, thank you.  
Por favor complete esta forma demografica para ayudarlo en la mejor manera que podamos, gracias.

Name /Nombre \_\_\_\_\_ DOB / Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Email/ Correo Electronico \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_

Pharmacy / Farmacia \_\_\_\_\_ Pharmacy phone / Numero de Farmacia \_\_\_\_\_

Pharmacy Address / Domicilio de Farmacia \_\_\_\_\_

Who is your primary care doctor / Doctor De Cabezera \_\_\_\_\_

Would you like to be contacted by PHONE CALL, EMAIL or TEXT MESSAGE as a reminder for your upcoming appointments/ Preferencia de contacto: Telefono, Correo electronico, Mensaje de Texto

Past Medical History (check all that apply)/ Historial medico (marque todo lo que aplique) :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiety / Ansiedad                                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis / Hepatitis                                  |
| <input type="checkbox"/> Arthritis / Artritis                                 | <input type="checkbox"/> Hypertension / Hipertensión                            |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joints / Articulaciones Artificiales      | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS / VIH/SIDA                                    |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Asma  | <input type="checkbox"/> Hypercholesterolemia / Hipercolesterolemia             |
| <input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation / Fibrilacion Arterial           | <input type="checkbox"/> Hypothyroidism / Hipotiroidismo                        |
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure / Alta Presion                        | <input type="checkbox"/> Hyperthyroidism / Hipertiroidismo                      |
| <input type="checkbox"/> Bone Marrow / Transplante de Medula Osea             | <input type="checkbox"/> Leukemia / Leucemia                                    |
| <input type="checkbox"/> Breast Cancer / Cancer De Mama                       | <input type="checkbox"/> Lung Cancer / Cancer de Pulmones                       |
| <input type="checkbox"/> Colon Cancer / Cancer de Colon                       | <input type="checkbox"/> Lymphoma / Limfoma                                     |
| <input type="checkbox"/> COPD / EPOC  | <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis / Esclerosis Multiple               |
| <input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease / Arteriopatía Coronaria     | <input type="checkbox"/> Pacemaker / Marcapasos                                 |
| <input type="checkbox"/> Depression / Depresion                               | <input type="checkbox"/> Prostate Cancer / Cancer de Prostata                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Diabetes                                  | <input type="checkbox"/> Radiation Therapy Treatment / Tratamiento de Radiacion |
| <input type="checkbox"/> End Stage Renal / Enfermedad Renal en etapa terminal | <input type="checkbox"/> Stroke / Derrame Cerebral                              |
| <input type="checkbox"/> GERD / ERGE  | <input type="checkbox"/> Valve Replacement / Reemplazo de Válvula               |
| <input type="checkbox"/> Hearing Loss / Perdida de la Audicion                | <input type="checkbox"/> None/ Nada   |
| <input type="checkbox"/> Other / Otros: _____                                 |   |

Past Surgical History (please check all that apply) :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appendix Removed / Apendice retirado   | <input type="checkbox"/> Kidney Removal (Right, Left) / Extirpación de riñón              |
| <input type="checkbox"/> Bladder Removed / Vejiga extraída  | <input type="checkbox"/> Kidney Transplant / Transplante de Riñón                         |
| <input type="checkbox"/> Mastectomy (Right, Left) / Mastectomía ( Right, Left )                               | <input type="checkbox"/> Ovaries Removed / Ovarios Extirpados                             |
| <input type="checkbox"/> Colectomy / Colectomia   | <input type="checkbox"/> Prostate Removed / Próstata extirpada                            |
| <input type="checkbox"/> Gallbladder Removed / Extirpación de la Vesícula Biliar                              | <input type="checkbox"/> TURP / RTUP  |
| <input type="checkbox"/> Coronary Artery Bypass / Derivacion de la Arteria Cor                                | <input type="checkbox"/> Basal Cell Cancer Surgery / Cirugía de cáncer de células basales |
| <input type="checkbox"/> PTCA / Cirugia de PTCA   | <input type="checkbox"/> Squamous Cell Carcinoma Surgery / Carcinoma de células escamosas |
| <input type="checkbox"/> Valve Replacement / Replegamiento de Valvula   | <input type="checkbox"/> Melanoma Surgery / Melanoma                                      |
| <input type="checkbox"/> Heart Transplant / Transplante de Corazón  | <input type="checkbox"/> Hysterectomy / Histerectomia                                     |
| <input type="checkbox"/> Joint Replacement (Hip, Knee) /<br>Reemplazo de la articulación (Cadera,<br>Rodilla) | <input type="checkbox"/> None / Nada  |
| <input type="checkbox"/> Other / Otros _____  |   |

Ocular History/Historia Ocular :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergic Conjunctivitis / Conjuntivitis alergica         | <input type="checkbox"/> Narrow angles (R, L) / Angulos cerrados (D,I)         |
| <input type="checkbox"/> Blepharitis / Blefaritis                                 | <input type="checkbox"/> Ocular hypertension(R, L) / Hipertension ocular(D,I)  |
| <input type="checkbox"/> Cataract (R, L) / Cataratas (D,I)                        | <input type="checkbox"/> Ophthalmic migraine/ Migrana oftalmica                |
| <input type="checkbox"/> Diabetic retinopathy (R, L) / Retinopatia diabetica(D,I) | <input type="checkbox"/> Pseudoexfoliation / Pseudoexfoliacion                 |
| <input type="checkbox"/> Dry Eyes (R, L) / Ojos secos (D,I)                       | <input type="checkbox"/> Retinal tear (R, L) / Desgarro retinal (D,I)          |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma (R, L) / Glaucoma (D,I)                         | <input type="checkbox"/> Strabismus / Estrabismo                               |
| <input type="checkbox"/> Macular degeneration (R, L) / Degeneracion macular (D,I) | <input type="checkbox"/> PVD (R, L) / Desprendimiento de Vitro posterior (D,I) |
| <input type="checkbox"/> Vitreous floaters (R, L) / Flotador vitreo (D,I)         | <input type="checkbox"/> None / Nada   |
| <input type="checkbox"/> Epiretinal membrane (R, L) / Membrana epiretinal (D,I)   |  |
| <input type="checkbox"/> Other / Otro : _____                                     |  |

Ocular Surgery / Cirugia Ocular :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blepharoplasty / Blefaroplastia                                | <input type="checkbox"/> Ptosis Repair (R, L) / Reparacion de Ptosis    |
| <input type="checkbox"/> Cataract (R, L) Catarata (D,I)                                 | <input type="checkbox"/> Punctal Plugs (R, L) / Tapones puntuales (D,I) |
| <input type="checkbox"/> Corneal Transplant (R, L) / Transplante de Cornea (D,I)        | <input type="checkbox"/> Strabismus surgery / Cirugia de Estrabismo     |
| <input type="checkbox"/> DSEK (R, L) / DSEK (D,I)                                       | <input type="checkbox"/> Retinal Laser (R, L) / Laser Retinal (D,I)     |
| <input type="checkbox"/> Intravitreal Injection (R, L) / Inyecciones intravitreas (D,I) | <input type="checkbox"/> LASIK (R, L) / LASIK (D,I)                     |
| <input type="checkbox"/> Trabeculectomy (R, L) Trabeculectomia (D,I)                    | <input type="checkbox"/> YAG Laser (R, L) / Capsutolomia YAG (D,I)      |
| <input type="checkbox"/> LPI (R, L) / IPL (D,I)   | <input type="checkbox"/> None / Nada                                    |
| <input type="checkbox"/> PRK (R, L) / Queratectomia fotorefractiva (D,I)                |   |
| <input type="checkbox"/> Other : _____  |   |

Medication / Medicamento :

---

---

---

---

---

- None/Nada

Allergies / Alergias:

---

---

---

---

- None/ Nada

**Social History / Historial social:**

**Cigarette Smoking/ Fumar cigarro:**

- Never / Nunca
- Quit smoking/ Deje de fumar
- Smokes Less Than Daily / Fumo un poco
- Smokes Daily / Fumo diario

**Illicit Drug Use/ Consumo drogas ilicitas:**

- Drug Use / Uso de drogas
- IV Drug Use / Uso de drogas IV
- None / Nada

**Alcohol Use / consumo de alcohol:**

- Less Than 1 Drink A Day / Menos de una bebida
- 1-2 Drink A Day / 1-2 bebidas al dia
- 3 Or More Drinks A Day / 3 o mas bebidas al dia
- None / Nada
  
- Other/ Otra : \_\_\_\_\_

**Family History:**

Blindness/ Ceguera \_\_\_\_\_

Heart Disease/ Enfermedad de corazon \_\_\_\_\_

Cancer/ Cancer \_\_\_\_\_

Macular Degeneration/ Degeneracion macular \_\_\_\_\_

Cataracts/ Catarata \_\_\_\_\_

Migraine/ Migraña \_\_\_\_\_

CVA/Accidente Cerebrovascular \_\_\_\_\_

Retinal Detachment/ Desprendimiento de retina \_\_\_\_\_

Diabetes/ Diabetes \_\_\_\_\_

Strabismus/ Estrabismo \_\_\_\_\_

Glaucoma/ Glaucoma \_\_\_\_\_

None/ Nada

Other/ Otro \_\_\_\_\_

**Please describe what is bringing you in to see us today? / Por favor describa la razon de su cita hoy?**

**Decreased vision at (near, far) (right eye, left eye)? How long?/ Disminucion de la vista? Cuanto tiempo?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Eye Discomfort (red, foreign body sensation, tearing) (right, left) How long? / Incomodidad en el ojo (derecho, izquierdo)? Cuanto tiempo?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Other/ Otro :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_