



**Payment is expected at time of visit. All information is confidential, for medical and insurance purposes only.
Doctors Vidulich, Blase & Associates At Pearle Vision**

Last Name _____ First _____ M F Birth Date _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Home Telephone _____ Work _____ Occupation _____

E-mail (if minor, parents email) _____ Signature (parent if minor) _____ Date _____

If Minor: Parent's Last Name _____ First _____

MEDICAL HISTORY:

PRESENT REVIEW OF SYSTEMS (Do you or a blood relative currently have any problems in the following areas? Circle Y or N)

	<u>Patient</u>	<u>Relative</u>
Fever	Y N	
Weight loss/gain	Y N	
Skin Conditions	Y N	Y N
Headaches	Y N	Y N
Migraines	Y N	Y N
Stroke (when _____)	Y N	Y N
Hayfever	Y N	Y N
Sinus congestion	Y N	Y N
Dry throat/mouth	Y N	Y N
Chronic Cough	Y N	Y N
Chronic bronchitis	Y N	Y N
Asthma	Y N	Y N
Emphysema	Y N	Y N
Heart condition	Y N	Y N
High blood pressure (_____ years)	Y N	Y N
Poor circulation	Y N	Y N
Gastrointestinal (stomach)	Y N	Y N

Any drug allergies _____

PAST MEDICAL HISTORY: (List all surgeries & hospitalizations)

Do you currently wear glasses? Y N

Age of present prescription _____

Have you ever worn contact lenses? Y N

Do you now wear contact lenses? Y N

What contact lens care system do you use? _____

REQUIRED BY INSURANCE

Do you use tobacco? Y N

Do you drink alcohol? Y N

Do you use illegal drugs? Y N

I have reviewed and updated my health history (please initial and date) 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

PRIMARY CARE DOCTOR: _____

REQUIRED BY INSURANCE

Social Security # (of primary insured) _____

	<u>Patient</u>	<u>Relative</u>
Rheumatoid arthritis	Y N	Y N
Joint pain	Y N	Y N
Diabetes (_____ years)	Y N	Y N
Thyroid	Y N	Y N
Cancer (type _____)	Y N	Y N
Psychiatric	Y N	Y N
Allergic/Immunologic	Y N	Y N
Kidney problems	Y N	Y N
HIV positive	Y N	Y N
Cataracts	Y N	Y N
Glaucoma	Y N	Y N
Macular degeneration	Y N	Y N
Dry/gritty eyes	Y N	Y N
Retinal problems	Y N	Y N
Sties or Chalazion	Y N	Y N
Eye injury	Y N	Y N
Vision loss	Y N	Y N
Drooping eyelids	Y N	Y N
Crossed eyes/lazy eye	Y N	Y N

For Female patients: Pregnant Y N Nursing Y N

Medications: (Include non Rx)

What brand / type of contact lens do you wear? _____

What sports and hobbies do you enjoy? _____





**Pago es requerido el dia de la visita. Toda la informacion es confidencial, solo para uso medico y de seguro solamante.
Doctors Vidulich, Blase & Associates At Pearle Vision**

Apellido _____ Nombre _____ M F M Fecha de Nacimiento _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
 Telefono _____ Trabajo _____ Ocupación _____
 E-mail (Pariente, si es menor de edad) _____ Firma (Pariente, si es menor de edad) _____ Fecha _____
 Si es menor de edad: Apellido de los Padres _____ Nombre _____

HISTORIAL MEDICO:

ACTUAL REVISION DE SISTEMAS: (Ud. o algun familiar cercano tiene algun problema en las siguientes areas? Circule SI o NO)

	<u>Paciente</u>		<u>Familiar</u>	
Fiebre	SI	NO		
Peso: Perdida / Aumento	SI	NO		
Condiciones de la piel	SI	NO	SI	NO
Dolores de Cabeza	SI	NO	SI	NO
Migraña	SI	NO	SI	NO
Embolia (cuando _____)	SI	NO	SI	NO
Fiebre del Heno	SI	NO	SI	NO
Congestion de la sinusitis	SI	NO	SI	NO
Garganta / Boca Seca	SI	NO	SI	NO
Tos Cronica	SI	NO	SI	NO
Bronquitis Cronica	SI	NO	SI	NO
Asma	SI	NO	SI	NO
Efisema	SI	NO	SI	NO
Condiciones del Corazon	SI	NO	SI	NO
Hipertensión (_____ años)	SI	NO	SI	NO
Mala Circulacion	SI	NO	SI	NO
Gastrointestinal (estomago)	SI	NO	SI	NO

Alergias a Medicamentos _____

HISTORIAL MEDICO: (Enliste todas las cirugias y Hospitalizaciones)

Use actualmnte lentes? SI NO
 Años de la receta actual _____
 Ha usado alguna vez lentes de contacto? SI NO
 Usa actualmente lentes de contacto? SI NO
 Que sistema de cuidado usa para sus lentes de contacto? _____

REQUERIDA POR EL SEGURO MEDICO

Fuma Tabaco? SI NO
 Toma Alcohol? SI NO
 Usa drogas ilegales? SI NO

DOCTOR FAMILIAR: _____

REQUERIDA POR EL SEGURO MEDICO

Segura Social # (Titular de la Poliza) _____

	<u>Paciente</u>		<u>Familiar</u>	
Artritis Reumatica	SI	NO	SI	NO
Dolores en las coyunturas	SI	NO	SI	NO
Diabetes (_____ años)	SI	NO	SI	NO
Tiroides	SI	NO	SI	NO
Cancer (Tipo _____)	SI	NO	SI	NO
Psiquiatrico	SI	NO	SI	NO
Alergico/Inmunologico	SI	NO	SI	NO
Problemas de Riños	SI	NO	SI	NO
HIV Positivo	SI	NO	SI	NO
Cataratas	SI	NO	SI	NO
Glaucoma	SI	NO	SI	NO
Degeneracion Macular	SI	NO	SI	NO
Secos / ojos arenosos	SI	NO	SI	NO
Problemas de Retina	SI	NO	SI	NO
Orzuelo or Quistes	SI	NO	SI	NO
Heridas en los ojos	SI	NO	SI	NO
Perdida de la vista	SI	NO	SI	NO
Desprendimiento	SI	NO	SI	NO
Desviacion ojo perezoso	SI	NO	SI	NO
Para Mujeres: Embarazada	SI	NO	Lactando	SI NO

Medicamentos: (Incluya no Recetados)

 Que marca de lentes de contactos usa ud? _____

 Que deportes o pasatiempos disfruta ud? _____

He revisado y he actualizado mi historia de la salud (por favor iniciales y la fecha) 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

