



Nombre: _____ Varón ____ Hembra ____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Numero de Teléfono: _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Zona Postal

Padre(s) o Guardianes: _____ Ocupación del Adulto: _____

¿Cómo usted aprendió sobre nuestro programa? Pacientes Actuales Internet Boletín Radio
 Recomendado por Familia o Amigos Periodico o TV Recomendado por Dr. _____

Historia de los Ojos ¿Usted ha notado siempre cualquiera del suceso siguiente con los ojos de su bebé?
(compruebe por favor cualquiera que se aplica)

Ojo turno: adentro afuera Ojos llorosos Ojos rojos Ojos hinchados Pupila blanca
Explique cualquier preocupación del ojo:

Desarrollo y Historia de la Salud

EMBARAZADA

Tiempo de embarazo: _____ semanas Lista de complicaciones durante el embarazo: _____

Otras cosas de embarazo: _____

PARTO

Peso al Nacer _____ Parientes edad al tiempo del nacimiento: Madre ____ Padre ____

Lista de complicaciones durante el parto: _____

¿Usaron oxígeno? No Sí APGAR clasificación del nacimiento: _____ (si está sabido)

MÉDICO

Doctor del niño(a): _____ Fecha del ultimo examen: _____ ¿Están sus vacunas al corriente? Sí No

¿Su bebé tiene alergias sabidas del alimento o de la droga? No Sí: _____

Enumere TODAS las medicaciones tomadas regularmente: Ningunos Lista: _____

Lista de cualquier desarrollo retraso: _____

Compruebe todo lo siguiente que su bebé pueda hacer ahora: Darse la vuelta Sentarse Gatear Pararse Caminar

¿Su bebé ha tenido siempre una alta fiebre? No Sí, ¿Que alta? _____

Enumere por favor cualquier enfermedad de niñez que su bebé haya tenido:

_____ Lastimadura _____ ¿a qué edad? ¿Cómo severa? Leve Moderada Severa

_____ Lastimadura _____ ¿a qué edad? ¿Cómo severa? Leve Moderada Severa

Enumere cualquier accidente, lesiones del ojo, o en la cabeza, y la edad que ocurrió: _____

Enumere por favor cualquier otra condición que debemos saber alrededor: _____

Historia de la Familia

Tiene otros en su familia con: Ojo perezoso (ambliopía) Sí No Ojo turno (strabismo) Sí No Tumor de el ojo Sí No

Enumere por favor a cualquier miembro de la familia con una historia de ojo o otro problemas médicos.

Enumere la relación y el tipo de problema:

Yo creo que esta información está correcta, y voluntad doy la información adicional como necesaria. Esta información se puede utilizar solamente en el tratamiento de los ojos y de la visión de mi niño.

Yo entiendo este examen de la vision de InfantSEE™ no le cuesta. Si servicios o tratamientos más futuros se recomiendan, puedo elegir a cualquier profesional para proporcionar esos servicios.

Firma de los Padres

Fecha: ____/____/____