



¿Tiene **antecedentes familiares** con cualquiera de los siguientes? En caso afirmativo, por favor marque y indique miembro de la familia.

- Diabetes \_\_\_\_\_
- Enfermedad del Corazon \_\_\_\_\_
- Hipertension \_\_\_\_\_
- Colesterol Alto \_\_\_\_\_
- Asma \_\_\_\_\_
- Cataratas \_\_\_\_\_
- Desprendimiento de Retina \_\_\_\_\_
- Retinopatia Diabetica \_\_\_\_\_
- Glaucoma \_\_\_\_\_
- Degeneración Macular \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene alguno de los siguientes? En caso afirmativo, indique.

- Resequedad de los ojos
- Visión borrosa:  Distancia       Intermedio (computadora)       Cerca (leer)
- Lesiones en los ojos \_\_\_\_\_
- Cirugías oculares \_\_\_\_\_

¿Le interesa corrección de la visión con láser?

- No
- Si

¿Qué le gusta acerca de sus lentes o contactos actuales (color, estilo, forma, etc.)?

¿Está usted interesado en cualquiera de los siguientes:

- Lentes de Contacto
- Lentes de Transición
- Capa contra reflejos
- Material de Lentes Ligero y Delgado
- Lentes de Sol
- Lentes Deportivos

---

**FOR DOCTOR USE ONLY**

**Lens Options Discussed:**

- Bifocal
- Progressive
- Transitions
- Anti-Reflective Coating
- Other: \_\_\_\_\_

**SEND REPORT?     YES                       NO**

**Examining Dr:** \_\_\_\_\_

**Optician Signature:** \_\_\_\_\_

**Exam Technician Signature:** \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

OMNR: \_\_\_\_\_