

Matthew Blondin, O.D. F.A.A.O.  
Michael Shea, O.D.

# Patient Information

información de Paciente

Family Doctors of Optometry  
Médicos de Familia de Optometría

Patient Full Name: \_\_\_\_\_  
*Nombre completo del paciente*

Gender Male: \_\_\_\_\_ Female: \_\_\_\_\_  
*Sexo Hombre Mujer*

Street Address: \_\_\_\_\_  
*Dirección de la calle*

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zipcode: \_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código Postal*

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
*Teléfono de Casa Teléfono Celular*

Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*Día de nacimiento*

Social Security Number: \_\_\_\_\_  
*Número de Seguro Social*

Insurance Company: \_\_\_\_\_  
*Compañía aseguradora (Husky, Medicare, Blue Cross, Aetna, Connecticare, United Health Care, Etc.)*

Insurance ID Number: \_\_\_\_\_  
*Número de identificación del seguro*

Email Address: \_\_\_\_\_  
*Dirección del correo electrónico*

Primary Care Doctor: \_\_\_\_\_  
*Médico de Atención Primaria*

If patient is a minor, parent or legal guardian:  
*Si el paciente es menor de edad, el padre o tutor legal*

Name : \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
*Nombre Teléfono*

**Attention:** Please take note: By signing below I am indicating my understanding of this office's privacy practices. Also, I understand that if my insurance carrier does not pay all charges in full, I will be responsible for the remaining balance due to Dr. Blondin. This office no longer submits to secondary insurance companies. Primary insurance submitted at the time of the visit is the only insurance that will be accepted and cannot be submitted or changed after this patient is seen. If we cannot verify your insurance coverage, your appointment will be rescheduled. There is no refund on prescription eyewear. All prescription eyewear not picked up within 90 days of ordering will be donated to charity for those in need.

*Atención: Por favor, tome nota: Al firmar a continuación indico mi comprensión de las prácticas de privacidad de esta oficina. Además, entiendo que si mi compañía de seguros no paga todos los cargos en su totalidad, yo seré responsable por el saldo restante debido al Dr. Blondin. Esta oficina ya no se somete a las compañías de seguros secundarios. Seguro directo presentado en el momento de la visita es el único seguro que será aceptada y no puede ser enviado o modificar una vez visto este paciente. Si no podemos verificar su cobertura de seguro, se volverá a programar su cita. No hay reembolso en gafas graduadas. Todas las gafas de prescripción no recogido dentro de los 90 días de ordenar será donado a la caridad para los necesitados.*

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Firma Día*

## Patient to fill out:

### Questions about your health & vision

Paciente llenar: Las preguntas sobre su salud y visión

Have you ever had any eye diseases or injuries?  Yes  No  
*Had tenido alguna enfermedad or accidente, Si o No?*

Please Describe: \_\_\_\_\_  
*Por favor describa:*

Does anyone in your immediate family have Glaucoma or cataracts?  
*Alguien en su familia inmediata tiene cataratas or glaucouma, Si o No?*

Who? \_\_\_\_\_  Yes  No  
*Quien?*

Are you pregnant?  Yes  No  
*Estás embarazada?*

Do you take any prescription medicines?  
*Estas tomando algun tipo de medicina, Si o No?*  Yes  No

Please list: \_\_\_\_\_  
*Por Favor Liste:*

Health problems? \_\_\_\_\_  
*Problemas De Salud?*

Are you allergic to any medicines?  
*Usted es Alergicos Algun Tipo de Medicina, Si o No?*  
 Yes  No

Do you wear....?

Glasses:  Yes  No Contacts:  Yes  No  
*Lentes, Si o No? Contactos, Si o No?*

When? ¿Cuando? \_\_\_\_\_

In the last year, have you had any of these symptoms?  
*En el último año, ¿ha tenido alguno de estos síntomas?*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fluctuation In vision  | <input type="checkbox"/> Cambio de vision                   |
| <input type="checkbox"/> Contact discomfort     | <input type="checkbox"/> Desconformidad de contactos        |
| <input type="checkbox"/> Tired Eyes             | <input type="checkbox"/> Ojos cansados                      |
| <input type="checkbox"/> Burning                | <input type="checkbox"/> Quemazón                           |
| <input type="checkbox"/> Feeling of sand in eye | <input type="checkbox"/> Siente que tiene arena en los ojos |
| <input type="checkbox"/> Light Sensitivity      | <input type="checkbox"/> Sensitividad en La luz             |
| <input type="checkbox"/> Watery Eyes            | <input type="checkbox"/> Lagrimas en sus ojos               |
| <input type="checkbox"/> Redness                | <input type="checkbox"/> Ojos Rojos                         |
| <input type="checkbox"/> Itching                | <input type="checkbox"/> Picason                            |
| <input type="checkbox"/> Other _____            | <input type="checkbox"/> Otro _____                         |

Please provide: Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_  
*Sírvase proporcionar: Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_*