

CL Fitting Fees: \$ _____

CL Brand: _____

CL Material: Soft/RGP/Synergeyes

CL Price: \$ _____ per lens/box Quantity: _____

CL Type: Spherical/Toric/Bifocal

Replacement Schedule: Daily/Weekly/2 Weeks/ Monthly/other

Order #'s

Condiciones Medicas

En su examen hoy, padece Ud alguno de los problemas siguientes? Haga el favor de marcar los síntomas que padece el día de hoy:

General (Constitucionales): escalofrió | fiebre | dolor de cabeza | sudor excesivo | pérdida de peso |

Oidos,Nariz,Garganta: dolor de oídos | congestión nasal | Sangrado nasal | dolor de garganta o seno nasal

Corazón (Cardiovascular): dolor de pecho | latido elevado | hinchazón de pies | palpitaciones | Alta presión | presión baja

Respiración: tos | dificultad o problema de respiración |

Digestión (Gastrointestinal): estreñido(a) | diarrea | indigestión | náusea | reflujo | vómito

Genitourinario: problemas del riñón | dolor al orinar | problemas de orina |

Piel (integumentario): cambio de textura del pelo | cambio en la uñas | salpullido | Panó

Musculoeskeletal: dolor de espalda | gota | dolor de articulaciones | dolor de músculos

Neurológicos: problemas al caminar | pérdida de coordinación | Pérdida de memoria | migraña | dificultad al hablar

Sangre (hematología): sangrado anormal | moretones | ganglios linfáticos inflamados | anemia

Sistema inmunológico: alergias de comida desórdenes inmunológicos | alergias estacionales | infección

Endocrina: Azúcar baja | Azúcar elevada | tiroides baja | tiroides elevada |

Humor (psiquiátrico): ansiedad | depresión | ataque de pánico |

