

NOMBRE DEL NIÑO: _____ SEXO: HOMBRE / MUJER

PESO DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIA APROXIMADO DE NACIMIENTO POR SONOGRAMA: _____

NOMBRE DE LOS PADRES: _____

DIRECCIÓN DE CASA: _____

CUIDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NUMERO TELEFÓNICO DE MADRE: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NUMERO TELEFÓNICO DE PADRE: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

CÍRCULE SÍ GUSTA RECIBER E-NEWSLETTER GRATIS TODOS LOS MESES SÍ NO



¡Síguenos en media social!

¿QUIEN LO REFIRIÓ A SU NIÑO AL RETINA FOUNDATION?: _____

Si usted conoce el problema de ojos de su niño, por favor de describirlo aquí:

¿Qué edad tenía su hijo cuando descubrió el problema de ojo de su niño? _____ meses/años

¿Qué edad tenía su hijo cuando fue al oftalmólogo por primera vez? _____ meses/años

¿Ha tenido el niño algún tratamiento para los ojos? Subraye a todos los que aplican:

Lentes (Anteojos)

Parches

Cirugía

Medicamento

Otro (por favor describa): _____

¿Hay otro miembro de la familia con problema de los ojos? Sí No

¿Tuvo complicaciones el niño al nacer? Sí No

Si contesto si por favor descríbalo:

¿Tiene su niño algún retraso de desarrollo? Sí No

¿Tiene su niño alguna otra condición médica? Sí No

Si contesto si por favor descríbalo: