

HISTORIA DEL PACIENTE

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

Correo Electronico: _____

Empleo (trabajo): _____

Medicamentos: _____ En su defecto, marque aqui

Allergias a los Medicamentos _____ En su defecto, marque aqui

ABAJO, HAGA UN CIRCULO A TODO LO QUE APLIQUE A USTED

HISTORIA OCULAR

La conjuntivitis alérgica
Cataracta en el ojo derecho
Cataracta en el ojo izquierdo

Lentes de contacto

Cirugía ocular diabética

Ojos secos

Anteojos (lentes)

Glaucoma

Degeneración macular

Rasgón o desprendimiento de retinal

Estrabismo (ojo giro)

Flotadores: Ojo Derecho , Ojo izquierdo

CIRUGÍA OCULAR

Catarata
Cirugía de los músculos oculares

Láser de retina

LASIK en el ojo derecho

LASIK en el ojo izquierdo

HISTORIA FAMILIAR (padres, abuelos o hermanos)

Ceguera Enfermedad del corazón

Cancer Hipertensión

Cataractas Degeneración macular

ACV (accidente cerebrovascular) Migraña

Diabetes Rasgón o desprendimiento retinal

Glaucoma Estrabismo (ojo giro)

HISTORIA SOCIAL (Haga un circulo a la respuesta más adecuada - puede discutir esto con el médico privadamente, si usted prefiere)

El consumo de tabaco

1. Fuma diario
2. A veces fuma
3. Antes fumaba
4. Nunca fuma

El consumo de alcohol

1. Nada
2. A menos de una bebida al día
3. Uno y dos bebidas por día
4. Tres o más bebidas por día

Continúa en el otro lado...

REVISIÓN DE SISTEMAS (Abajo, haga un círculo a todo lo que aplique a usted)

<input type="checkbox"/>	Mala vision (con anteojos o sin anteojos)	(English) Poor vision
<input type="checkbox"/>	Dolor en los ojos	Eye Pain
<input type="checkbox"/>	Lagrimo	Tearing
<input type="checkbox"/>	Aumento de la sensibilidad a la luz brillante	Sensitivity to bright light
<input type="checkbox"/>	Enrojecimiento de los ojos	Eye Redness
<input type="checkbox"/>	Dolor de la mandibula	Jaw Pain
<input type="checkbox"/>	Ternura del cuero cabelludo	Scalp tenderness
<input type="checkbox"/>	Pérdida de la visión	Loss of vision
<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	High Cholesterol
<input type="checkbox"/>	Hipertension	High blood pressure
<input type="checkbox"/>	Diabetes	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	Thyroid Disease
<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios (asma, EPOC, tos, sibilancias, etc)	Respiratory
<input type="checkbox"/>	Problemas psiquiátricos (ansiedad, depresión, insomnio, etc)	Psychiatric
<input type="checkbox"/>	Problemas de la piel (sarpullidos, sequedad, rosácea, lunares cambiantes, etc)	Skin
<input type="checkbox"/>	Problemas del oído/Nariz/Garganta (dolor de garganta, seno, pérdida de audición, etc.)	E/N/T
<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso repentina o inexplicada	Weight loss
<input type="checkbox"/>	Problemas osteomusculares (artritis, dolor en las articulaciones etc)	Musculoskeletal
<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune (Crohn, Lupus, MS, etc.)	Autoimmune
<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	Headaches
<input type="checkbox"/>	Migrañas	Migraines
<input type="checkbox"/>	Problemas neurológicos (entumecimiento, debilidad, parálisis, etc)	Neurological
<input type="checkbox"/>	Problemas genitourinarios (dolor, sangre en la orina, cambio en la frecuencia al orinar)	GU
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de hematológica / linfática (anemia, problemas sangrantes etc.)	Hema/Lymph
<input type="checkbox"/>	Problemas gastrointestinales	GI
<input type="checkbox"/>	Embarazada / enfermería	Pregnant / Nursing
<input type="checkbox"/>	Alergias estacionales / urticarial	Allergies

MARQUE ESTA CASILLA SI NINGUNA DE LAS ANTERIORES SE APLICAN

Si has sido referido a vernos para sus necesidades de la vista, a quien podemos agradecer?