

HISTORIAL MEDICO

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha de último examen de ojos _____

Liste todos los medicamentos que está tomando actualmente (Incluya Dosis)

Está usando gotas en los ojos (ocasionalmente o diariamente)? _____

Es alérgico a algún medicamento? SI NO

Si su respuesta fue si, por favor liste medicamentos _____

Ha sido diagnosticado o tratado por las siguientes condiciones? Si su respuesta fue si por favor marque la caja adecuada y ponga la fecha que tuvo tratamiento por esta condición.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón/ Soplo _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto _____ | <input type="checkbox"/> Embolio _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta _____ | <input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos _____ |
| <input type="checkbox"/> Reflujo Acido _____ | <input type="checkbox"/> Depresión/ Ansiedad _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión Baja _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de la Vejiga/ Riñones _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de Hígado/ Hepatitis _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ Tipo: I o II | <input type="checkbox"/> Osteoartritis _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide _____ |
| <input type="checkbox"/> Migraña/ Dolores de Cabeza _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias Estacionales _____ | |

Por Favor Describa sus problemas médicos corrientes o pasados; incluyendo detalles específicos de las condiciones anteriores (Tipo de Cáncer, detalles de enfermedad de Corazón ecetera): _____

Por Favor liste las cirugías pasadas, incluya cirugía de los ojos y tratamientos de laser (con Fecha): _____

En este momento tiene problemas en estas área?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perdida de Vista | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la Luz |
| <input type="checkbox"/> Vista Borrosa | <input type="checkbox"/> Dolor de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Cambio de vista frecuente | <input type="checkbox"/> Infección de los ojos/ Parpados |
| <input type="checkbox"/> Vista Deformada | <input type="checkbox"/> Ojos Cansados |
| <input type="checkbox"/> Doble Visión | <input type="checkbox"/> Ojos Cruzados/ Estrabismo |
| <input type="checkbox"/> Perdida de vista a los lados | <input type="checkbox"/> Parpados Caídos |
| <input type="checkbox"/> Ojos resecos | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Mucosidad de Ojos | <input type="checkbox"/> Abrasión de la Cornea |
| <input type="checkbox"/> Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Trauma a el ojo |
| <input type="checkbox"/> Ojos arenosos | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Comezón | <input type="checkbox"/> Iritis/ Uveítis |
| <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Degeneración Macular |
| <input type="checkbox"/> Sensación de un objeto | <input type="checkbox"/> Desgarramiento de la Retina |
| <input type="checkbox"/> Ojos llorosos | |

Por Favor Marque la caja si usted tiene estas condiciones en su familia. Escriba la relación al paciente en el espacio previsto (M= Madre, P= Padre, H= Hermano/a, A= Abuelos/as)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ceguera _____ | <input type="checkbox"/> Presión Alta _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Lupus _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Embolio _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón _____ | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Usted Maneja? Si No

Tiene dificultad al manejar? Si No

Tiene dificultad al manejar en la noche? Si No

Ha tratado los lentes de contacto? Si No

Actualmente usa lentes de contacto? Si No

Cuanto tiempo tiene su receta de lentes de contacto? _____

Usted toma bebidas alcohólicas? Si No

Si su respuesta fue si: Ocasionalmente 1 por dia 2-3 por dia 4 por dia

Usted Fuma?

Si su respuesta fue si: Ocasionalmente ½ Paquete al dia 1 Paquete al dia 1 + Paquete al día