

Paciente: _____

Fecha: _____

Historial Médico

Describa cómo ve (nublado, distorsionado, etc.):

Ojo derecho: _____

Ojo izquierdo: _____

¿Ha tenido cirugías oculares?

Ojo derecho: de qué tipo: _____ Cuándo: _____

Ojo izquierdo: de qué tipo: _____ Cuándo: _____

¿Recibes inyecciones en los ojos o lo hiciste en el pasado?

Ojo derecho: Sí No Actualmente ¿Con qué frecuencia? _____

comenzó _____ La última vez _____

Ojo izquierdo: Sí No Actualmente ¿Con qué frecuencia? _____

comenzó _____ La última vez _____

Tiene alguna de estas afecciones oculares? Ojo derecho Ojo izquierdo

Glaucoma _____

Degeneración macular _____

Retinopatía diabética _____

Otros problemas de retina _____

Cataratas _____

Ambliopía (ojo perezoso) _____

Estrabismo (giro de los ojos) _____

VISIÓN DOBLE _____

SENSIBILIDAD A LA LUZ _____

Ojos secos _____

Otros problemas oculares: _____

¿Se le ha diagnosticado a un miembro de la familia (madre, padre, hermano, ² hermana):

Diabetes: quien _____

Glaucoma: quien _____

Degeneración macular: quién _____

¿Tienes alguna de estas condiciones?

Diabetes: S / N Se toma medicación para esto: S / N

¿Se controla la condición? S / N

Última hemoglobina A1C _____ Cuando se realiza: _____

Hipertensión: S / N Se toma medicación para esto: S / N

¿Se controla la condición? S / N

Condición de la tiroides: S / N Se toma medicación para esto: S / N

¿Se controla la condición? S / N

Enfermedad cardiovascular: S / N Se toma medicación para esto: S / N

¿Se controla la condición? S / N

Cáncer: S / N Se toma medicación para esto: S / N ¿Se controla la condición? S / N

Alergias: _____

¿Tienes algún problema con:

Oreja/nariz/garganta _____

Corazón _____

Pulmones _____

Genital / Urinario / Próstata _____

Estómago / Intestinos _____

Condiciones hormonales _____

Músculo / hueso _____

Piel _____

Neuro / Nervio _____

Psicológica _____

Sangre _____

Inmune _____

Otras condiciones médicas: _____

Lista de medicamentos actuales: _____

Lista de las gotas oculares utilizadas, cual ojo y cuantos veces al dia:
