



Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____

Doctor de cabecera: _____ Oculista: _____

Doctor que lo/la refirió : _____

¿Ha recibido tratamiento para las siguientes condiciones? Haga un círculo en YES o NO de todas aquellas que aplican.

- Sí No Artritis (rheumatoide, enfermedad degenerativa del hueso)
- Sí No Enfermedades de sangre (anemia, leukemia, coagulo de sangre, sickle cell, colesterol elevado)
- Sí No Oído, Nariz, Garganta (pérdida del oído, problemas de sinus)
- Sí No Diabetes (tipo 1 or 2, cómo está controlado, y cuándo fue diagnosticado)
- Sí No Enfermedad de la Tiroides (Graves disease, Hashimotos, hypo, hyper)
- Sí No Enfermedad del Pulmón (asma, emphysema, COPD, bronquitis crónica)
- Sí No Enfermedad del corazón (infartos, angina, arritmia, insuficiencia cardíaca, problemas con la válvula, operación de bypass)
- Sí No Presión alta
- Sí No Enfermedades Gastrointestinales (úlceras, esófago (acidez) reflujo, intestinal o enfermedad del hígado)
- Sí No Enfermedad del tracto Genitourinario (del riñón, diálisis, piedras en el riñón)
- Sí No Problemas neurológicos (derrame cerebral - stroke, mini stroke, ataque epiléptico, parálisis, migrañas, esclerosis múltiple)
- Sí No Enfermedad de la piel (Eczema, psoriasis, acne rosacea)
- Sí No Salud Mental (depresión, ansiedad, esquizofrenia, bipolar)
- Sí No Cáncer (que tipo, localidad, fecha)
- Sí No Enfermedad contagiosa (TB, sífilis, gonorrea, SIDA, VIH-virus del SIDA, hepatitis, herpes)
- Sí No Otros (sarcoid, Raynaud's, fibromyalgia, Sjogren's, Lupus, sleep apnea)

Otros problemas: _____

Operaciones previas/Hospitalización: _____

Revisemos los síntomas: ¿Tiene actualmente alguno de los siguiente problemas? Marque todos aquellos que tenga.

- Sí No Dolor de articulación (Musculoskeletal) Sí No Dolor de garganta, de ído, problemas de sinus
- Sí No Se amorata facilmente Sí No Acidez, dolor abdominal
- Sí No Presión de sangre alta o baja Sí No Dolor al orinar, sangre en la orina
- Sí No Glucosa de la sangre alta o baja Sí No Debilidad, sin sentido en alguna parte
- Sí No Nivel de la Thyroides alto o bajo Sí No Erupción, sequedad excesiva
- Sí No Corto de oxigeno, sin aliento, tos, respiratorio Sí No Depresivo, ansioso
- Sí No Dolor en el pecho, palpitaciones Sí No Fiebre, perdida de peso, aumento de peso
- Sí No Sí No Boca seca, tos crónica, alergias

Haga una lista de todas las medicaciones que toma (incluyendo las que compra sin receta médica, suplementos de hierbas, aspirinas, y píldoras anticonceptivas)

Haga una lista de alergias que tiene y como reacciona a esta alergia (incluyendo alimentos, medicamentos, y otros)

Enfermedades del ojo

Ha tenido alguna vez Ud. o cualquier miembro de su familia las siguientes enfermedades del ojo?

Sí No Cataratas _____

Sí No Ceguera _____

Sí No Enfermedad de la córnea o trasplante _____

Sí No Enfermedad de la diabetes del ojo _____

Sí No Glaucoma _____

Sí No Lazy Eye (Amblyopia) _____

Sí No Problema Macular _____

Sí No Problema muscular (bizquera) _____

Sí No Desprendimiento de la retina _____

Sí No Herida _____

Sí No Operación o Láser _____

Otros/comentarios: _____

Historial social

¿Vive solo? Sí No Asistencia en la casa Hogar de ancianos

¿Fuma? Sí No En caso de sí: Ocasionalmente, 1/Día, 2-3/Día, 4+/ Día

¿Bebe alcohol? Sí No En caso de sí: Ocasionalmente, 1/Día, 2-3/Día, 4+/ Día

¿Cual es su ocupación? _____

Si es mujer, ¿está embarazada? Sí No ¿Le da de mamar a su niño? Sí No

¿Cuál es la razón de su visita hoy?

¿Lleva lentes de contacto? Sí No No, pero me gustaría. _____

¿Si use lentes de contacto, cuál marca esta usando?

Si sepa, por favor escriba su prescripción aquí: Sph _____ Cyl _____ Axis _____

¿Cuándo fue su último examen de ojos? _____

Firma del paciente

Fecha