

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA:

INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

MUCHAS CONDICIONES MÉDICAS Y MEDICAMENTOS AFECTAN LOS OJOS. PORFAVOR AYUDE AL DOCTOR LLENANDO SU HISTORIAL MÉDICO DE LA MANERA MÁS COMPLETA POSIBLE. PORFAVOR ELIJA TODAS LAS CONDICIONES QUE APLIQUEN A USTED .

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|---|---|---|
| CONDICIONES RESPIRATORIAS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | CONDICIONES HEMATOLÓGICAS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | PROBLEMAS DE OIDO/NARIZ/ GARGANTA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ASTHMA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ASTHMA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | PROBLEMAS DE SINUSES | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| EMPHYSEMA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | CÉLULA FALCIFORME | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | PROBLEMAS DENTALES | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| CONDICIONES DE PIEL | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ALERGIAS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | DESORDEN NEUROLÓGICO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ECZEMA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ALERGIA AL POLEN | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | MIGRAÑAS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ROSACEA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | SYNDROME DE SJOGREN | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | DOLORES DE CABEZA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| DESORDEN ENDÓCRINO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ARTRITIS REUMATOIDE | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ESCLEROSIS MÚLTIPLE | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| DIABETES | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | LUPUS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | MIASTENIA GRAVIS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| DESORDEN DE TIROIDES | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | FIEBRE/FATIGA/PÉRDIDA DE PESO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | HERIDA DE CABEZA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| CONDICIONES GASTROINTESTINALES | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | CONDICIONES MUSCULOESQUELÉTICAS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | DERRAME CEREBRAL | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ACIDEZ | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | OSTEOPOROSIS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | PROBLEMAS DE RIÑÓN/ VEJIGA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| CONDICIONES CARDIOVASCULARES | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | DESORDEN PSIQUIÁTRICO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| PRESIÓN ALTA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ANSIEDAD | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | CANCER | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ATAQUE AL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | DEPRESIÓN | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | OPERACIÓN QUIRÚRGICA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

¿HA EXPERIMENTADO PREVIAMENTE ALGUNA HERIDA, CIRUJÍA O ENFERMEDAD EN LOS OJOS? SÍ NO

¿HA EXPERIMENTADO SOMBRAS EN SU VISIÓN, DESTELLOS DE LUZ EN SU VISIÓN, COMEZÓN, SENSACIÓN DE QUEMADURA, ENROJECIMIENTO, SEQUEDAD, DOBLE VISIÓN, VISTA NUBLADA INUSUAL, LAGRIMEO EXCESIVO O PERRILLA/ORZUELO FRECUENTEMENTE EN EL OJO? SÍ NO

¿TIENE SENSIBILIDAD A LA LUZ O DESLUMBRAMIENTO CUANDO CONDUCE O NO ESTA BAJO TECHO? SÍ NO AVECES
¿TIENE PROBLEMAS CON EL DESLUMBRAMIENTO O FATIGA EN LOS OJOS CUANDO USA UNA COMPUTADORA? SÍ NO AVECES

¿ESTÁ SIENDO TRATADO POR ALGUNA OTRA CONDICIÓN MÉDICA? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, PROFAVOR DESCRIBA

PORFAVOR ENLISTE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTÉ TOMANDO ACTUALMENTE (INCLUYENDO HORMONAS, VITAMINAS, ANTICONCEPTIVOS, ASPIRINA, OTROS ANTIINFLAMATORIOS, GOTAS DE OJOS, ETCÉTERA: NINGUNO

FECHA DE SU ÚLTIMA EVALUACIÓN DE SALUD _____ FECHA DE SU ÚLTIMO EXAMEN DE VISTA _____ PROVEEDOR DE CUIDADO DE VISTA PREVIO _____

¿ESTÁ EMBARAZADA O AMAMANTANDO? SÍ NO

¿FUMA O USA TABACO? SÍ NO _____ MENOS DE 1 CAJETILLA AL DÍA _____ 1-2 CAJETILLAS AL DÍA _____ 2 CAJETILLAS AL DÍA

¿CONSUME ALCOHOL? SÍ NO _____ SOCIAL _____ 1-2 BEBIDAS AL DÍA _____ MÁS QUE PROMEDIO _____ DEPENDENCIA

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, PORFAVOR ENLISTE: _____

INFORMACIÓN DE LENTES DE CONTACTO

¿USA LENTES DE CONTACTO ACTUALMENTE? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, PORFAVOR MENCIONE LA MARCA: _____

¿POR CUÁNTAS HORAS AL DÍA USA SUS LENTES DE CONTACTO? _____ ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE DESECHA SUS LENTES DE CONTACTO? _____

¿SUS OJOS SE SIENTEN SECOS CUANDO USA LENTES DE CONTACTO? SÍ NO ¿QUÉ USA PARA LIMPIAR SUS LENTES DE CONTACTO? _____

HISTORIA FAMILIAR

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

| | | |
|----------------------------|---|-----------------|
| CEGUERA* | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN: _____ |
| CANCER* | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN: _____ |
| CATARATAS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN: _____ |
| DALTONISMO* | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN: _____ |
| DIABETES* | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN: _____ |
| GLAUCOMA* | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN: _____ |
| ENFERMEDAD DEL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN: _____ |
| PRESIÓN CARDIACA ALTA* | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN: _____ |
| OJO VAGO* | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN: _____ |
| DEGENERACIÓN MACULAR* | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN: _____ |
| ENFERMEDAD RESPIRATORIA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN: _____ |
| DESPRENDIMIENTO DE RETINA* | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN: _____ |

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

| | | |
|---|-----|-------|
| L | FDT | PHOTO |
| A | O | |

*EXÁMENES ADICIONALES PUEDEN SER CUBIERTOS POR SU SEGURO MÉDICO