



**Informe sobre su salud. Favor de responder a las preguntas para servirle mejor. Gracias.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo examen fisico: \_\_\_\_\_ Fecha de su último examen de ojos: \_\_\_\_\_

**RAZON PARA VISITARNOS** ¿Cual es el motivo de su visita de hoy?

**ANTEOJOS / LENTES DE CONTACTO**

- ¿Desea actualizar su prescripción para anteojos nuevos hoy?  Sí  No
- ¿Esta usando anteojos?  Nunca  Siempre  A veces  De lejos  Para leer  Computadora
- ¿Esta usando lentes de contacto?  No  Sí  Siempre  A veces \_\_\_\_\_
- ¿Desearía saber si es buen candidato para el último diseño en lentes de contacto?  Sí  No
- ¿Desearía discutir hoy opciones de cirugía refractiva con laser (LASIK)?  Sí  No

**PROBLEMAS VISUALES**

Tipo de trabajo que desempeña: \_\_\_\_\_

¿En que ocupa su vista mientras esta en su sitio de empleo?: \_\_\_\_\_

¿Usa la computadora?  No  Sí: Empleo: \_\_\_\_\_ Horas/Día Casa: \_\_\_\_\_ Horas/Día

Indique cuáles sintomas se le presentan cuando usa la computadora:

- Ojos cansados  Ojos secos  Dolor de cabeza  Ojos ardorosos
- Vista borrosa  Doble vision  Ojos rojos  Pican los ojos

¿Usa anteojos para la computadora?  Sí  No

¿Desearia anteojos especiales para facilitar su trabajo de computadora?  Sí  No

¿En que deportes, actividades recreativas o hobbies participa?

**PROBLEMAS DE LA VISTA Y LOS OJOS** Seleccione las opciones que le apliquen  No se presenta nada

- Vista borrosa  Brotes/masa en el parpado  Resplandor  Fatiga de ojos
- Ardor de ojos  Parpados inflamados  Auras  Dolor de ojos
- Visión doble  Destellos de luz recientes  Dolor de cabeza  Ojos rojos
- Ojos secos  Flotadores recientes  Comezón de ojos  Sensación de arena
- Parpados pegajosos  Sensación de cuerpo extraño  Sensibilidad a la luz  Ojos llorosos

¿Algun otro sintoma o condicion no descrita arriba? \_\_\_\_\_

**CONTINUA EN EL REVERSO**

**HISTORIA MEDICA** No hay previa historia medica.

Yo Familia

SIDA/HIV +

Alergias

Artritis

Cáncer

Alto Colesterol

Yo Familia

Diabetes

Trauma Cabeza

Problema Corazón

Alta Presión

Migrañas

Yo Familia

Esclerosis Múltiple

Embarazo \_\_\_\_Meses

Problema Respiratorios

Embolio/Derrame

Problema Tiroides

**HISTORIA QUIRURGICA**

Describa daños mayores o cirugias que ha tenido.

**HISTORIA DE SUS OJOS** No hay previa historia de ojos.

Yo Familia

Ambliopía

Ceguera

Cataratas

Yo Familia

Deficiencia de color

Glaucoma

Degeneracion mácular

Yo Familia

Despredimiento retina

Estrabismo (ojo volteado)

Terapia Visión

**CIRUGIA / GOLPES EN LOS OJOS**

Describa en cuál ojo, el tipo de cirugia o golpe y la fecha.

**MEDICAMENTOS / GOTAS PARA OJOS**

(incluya medicamentos sin receta)

**MEDICAMENTOS**

No estoy tomando medicamentos/suplementos. Describa el nombre de las medicinas o suplementos. Incluya contraceptivos, aspirina, y medicamentos sin receta.

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y EFECTOS** No alergias conocidas.**HISTORIA PERSONAL***Información Confidencial* Puede hablar con su doctor en privado

Tabaco  Alcohol  Narcóticos  Enfermedades de transmisión sexual  Transfusiones de sangre

Otras: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Revision por Dr. \_\_\_\_\_