



Favor de responder a las preguntas sobre la **Salud de su Hijo/a** para servirle mejor. Gracias.

Nombre del Niño: _____ Fecha: _____

Nombre preferido del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del ultimo examen fisico: _____ Fecha de su ultimo examen de ojos: _____

Escuela _____ Grado _____ Maestra _____

¿Como le parece que va su niño en la escuela? Bien Menos su potencia Mal.

¿Ha repetido algun grado su niño? No Sí _____ ¿Que grado repitio?

RAZON PARA VISITARNOS ¿Cual es el motivo por la visita de su nino?

ANTEOJOS / LENTES DE CONTACTO

¿Desea actualizar su prescripcion para anteojos nuevos hoy? Sí No

¿Esta usando anteojos su niño? No Sí Siempre A veces De lejos Para leer

¿Esta usando lentes de contacto su niño? No Sí Siempre A veces _____ Horas/Día

¿Esta usando lentes de contacto? No Sí Siempre A veces ____

DEPORTES Y RECREACION

¿En que deportes, actividades recreativas o hobbies participa su niño? _____

¿Desearia su niño lentes de contacto para desempeñar su deporte mejor? Sí No

PROBLEMAS DE LA VISTA

Seleccione las opciones que apliquen. No se presenta nada.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vista borrosa | <input type="checkbox"/> Falta de poner atención | <input type="checkbox"/> Ojos llorosos |
| <input type="checkbox"/> Entrecierra los parpados | <input type="checkbox"/> Evita leer o hacer tareas de cerca | <input type="checkbox"/> Ojos Secos |
| <input type="checkbox"/> Problema copiar del pizaron | <input type="checkbox"/> Retrazo en lectura | <input type="checkbox"/> Ardor de ojos |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Pasa mucho tiempo haciendo tarea | <input type="checkbox"/> Sensación de arena |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Pierde su lugar en lectura | <input type="checkbox"/> Ojos rojos |
| <input type="checkbox"/> Fatiga/Ojos cansados | <input type="checkbox"/> Parpados inflamados | <input type="checkbox"/> Dolor de ojos |
| <input type="checkbox"/> Cierra o se tapa un ojo | <input type="checkbox"/> Parpados pegajosos/lagañosos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz |
| <input type="checkbox"/> Pierde su lugar al leer | <input type="checkbox"/> Brotes/masa en el parpado | <input type="checkbox"/> Destellos de luz recientes |
| <input type="checkbox"/> Se brinca de linea al leer | <input type="checkbox"/> Comezon de ojos | <input type="checkbox"/> Flotadores recientes |

¿Algun otro sintoma o condición no descrita arriba?

HISTORIA MEDICA No hay previa historia medica.

Niño Familia

 SIDA / HIV + A.D.D. / A.D.H.D. Alergias Artritis Cáncer

Niño Familia

 Alto Colesterol Diabetes Trauma Cabeza Problema Corazón Alta Presión

Niño Familia

 Migrañas Esclerosis Múltiple Problema Respiratorios Embolio/Derrame Problema Tiroides

Alguna condicion no descrita arriba? _____

HISTORIA QUIRURGICA

Describa daños mayores o cirugias que ha tenido su niño:

HISTORIA DE SUS OJOS No hay previa historia de ojos.

Niño Familia

 Ambliopía Ceguera Cataratas

Niño Familia

 Deficiencia de color Glaucoma Degeneracion mácular

Niño Familia

 Despredimiento retina Estrabismo (ojo volteado) Terapia Visión

¿Alguna condicion no descrita arriba? _____

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 DEL DESAROLLO**

(Pacientes nuevos, unicamente)

¿Embarazo completo? Sí No, Semanas prematuro_____ Parto Normal? Sí No Pezo Natal_____¿Complicaciones antes, durante, o despues del parto? No Sí

Describa: _____

¿Pudo gatear su niño (sin tocar estomago al piso)? Sí No ¿A que edad gateo su niño?_____¿Pudo hablar claramente a edad temprana? Sí No ¿Habla claramente ahora? Sí No

Firma:_____ Fecha:_____ Rev por Dr._____