



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. _____