

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Fecha _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
Telefono(casa) _____ (cellular) _____ (trabajo) _____
Seguro social del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M F
Como se entero de nuestra oficina? _____

Razon por la visita de hoy _____

HISTORIAL DE LA VISTA

Fecha de su ultimo examen de la vista _____ Nombre del oculista _____
Usted usa espejuelos? Si No Cuando los usa? _____
Usted usa lentes de contactos? Si No Tipo? Blandos Duros Toricos Bifocales Monovision
Con que frecuencia renplasa los lentes de contacto? _____ Tipo de desinfectante: _____
Usted a tenido alguna cirugia de los ojos? Si No Tipo _____ Cuando _____
Usted a tenido alguna lesion a los ojos? Si No Describa _____ Cuando _____
Usted tiene alguna enfermedad de la vista? Si No Tipo? _____

Usted actualmente tiene...

Nublada la vista de lejos?	Si No	Manchas o flotadores en la vista?	Si No
Nublada la vista de cerca?	Si No	Rayos de luz en la vista?	Si No
Ardor, picor o lagrimeo?	Si No	Sensibilidad a la luz?	Si No
Enrojecimiento?	Si No	Dolores de cabeza frecuentes?	Si No
Sensacion arenosa?	Si No	Vision doble?	Si No
Desviado el ojo?	Si No	Dolor en la vista?	Si No

Alquien en su familia tiene alguna enfermedad de la vista (ex. Glaucoma, cataratas, degeneracion macular, desprendimiento de retina)?

HISTORIAL MEDICO

Fecha del ultimo examen medico _____ Nombre del doctor _____
Usted a tenido alguna cirugia? Si No Tipo? _____ Cuando? _____
Usted tiene alergia a alguna medicina? Si No Tipo? _____
Usted esta embarazada? Si No N/A Cantidad de hijos _____

Usted tiene...

Presion alta	Si No	Diabetis	Si No	Emfermedad del Corazon	Si No
Problemas de tiroides	Si No	Asma	Si No	Colesterol alto	Si No
Emfermedad vascular	Si No	Artritis	Si No	Emfermedad de los rinones	Si No
Sininitis	Si No	Alergias	Si No	Emfisema	Si No
Depresion	Si No	Lupus	Si No	Migranas	Si No
Anemia	Si No	Leucemia	Si No	Eccema	Si No
Rosacea	Si No	Psoriasis	Si No	Esclerosis multiple	Si No
Colitis	Si No	Ulcera	Si No	Cancer	Si No
Epilesia	Si No	Fiebre	Si No	SIDA	Si No
Perdida de peso	Si No	Emfermedades transmitidas sexualmente			Si No
Problemas de desarrollo	Si No				

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Alguien en su familia tiene algun problema medico (como en la lista anterior)? Si No
Especifique _____

MEDICAMENTOS

Anote todos los medicamentos que esta tomando, incluyendo gotas para la vista: _____

HISTORIAL SOCIAL

Ocupacion: _____
Hobbies/ Intereses especiales _____

Estado marital: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo
Usted vive solo o acompañado? _____

Usted maneja? Si No
Usted tiene dificultad cuando maneja? Si No
Usted tiene problema con la vista por la noche? Si No

Usted usa la computadora en la casa o el trabajo? Si No Cuantas horas? _____

Usted toma alcohol? Nunca Rara vez Moderadamente Diariamente
Usted Fuma? Nunca Anteriormente, pero no en los ultimos _____ ano(s) Paquete diarios: _____
Usted a tenido transfusion de sangre? Si No

Bajo mi conocimiento, las preguntas en este formulario fueron respondidas correctamente. Es mi responsabilidad de informar a la oficina del doctor de cualquier cambio en mi condicion medica. Tambien autorizo a los empleados del doctor de realizar el servicio necesario que yo pudiera necesitar.

Firma del paciente (o tutor, si es menor) _____ Fecha _____

Reviso del doctor

Firma del doctor _____ Fecha _____