

Nombre: _____ Fecha de hoy: ____/____/____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 _____ Teléfono (Trabajo): _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social #: ____/____/____ Ultimo Examen Optico: ____/____/____
 Nombre de su Doctor Médico: _____ Tel. del Doctor: _____
 Sexo: _____ Ocupación: _____ Ultimo Examen Médico: ____/____/____
 Razón de su visita: _____

Historia Médica

Tiene usted alergias a medicamentos? no si Si afirmativo, explique: _____

Liste los medicamentos que usted toma (incluyendo contraceptivos orales, aspirina, medicamentos no prescritos y remedios caseros):

Liste todas las heridas graves, cirugías y hospitalizaciones que ha tenido: _____

Liste cualquiera de las siguientes condiciones que usted ha tenido: ojos cruzados, ojos cansados, párpados caídos, ojos prominentes, glaucoma, enfermedad de la retina, cataratas, infección de los ojos o heridas en los ojos: _____

Esta usted embarazada o criando? no si

Usa lentes? no si Si los usa, que tan viejo es su presente par de lentes? _____

Usa lentes de contacto? no si Si los usa, que tan viejo es su presente par de lentes? _____

Tiene vista borrosa a la distancia? no si Tiene vista borrosa en la cercania? no si

Tipo de lentes de contacto: Rigido Suave uso extendido Otro Son confortables? no si

Historia Familiar

Por favor anote cualquier historia familiar (padres, abuelos, hermanos, hijos; vivos o fallecidos) por las siguientes condiciones:

ENFERMEDAD/CONDICION	NO	SI	?	RELACION CON USTED
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos cruzados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración de mácula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desprendimiento/enfermedad de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

* Por favor vuelva esta forma y complete el lado dos *

HISTORIA SOCIAL

Esta información se mantiene estrictamente confidencial. Sin embargo, usted puede discutir esta porción con su doctor si lo prefiere

Si, prefiero discutir esta información directamente con mi doctor (Marque el cuadro)

Conduce usted vehiculos? no si Si lo hace, tiene dificultades visuales cuando conduce? no si Si las tiene, por favor describalas: _____

Usa usted productos de tabaco? no si Si lo hace, tipo / cantidad / por quanto tiempo: _____

Bebe alcohol? no si Si lo hace, tipo / cantidad / por quanto tiempo: _____

Usa drogas ilegales? no si Si lo hace, tipo / cantidad / por quanto tiempo: _____

Ha estado usted expuesto(a) a o infectado(a) con: Gonorrea Hepatitis HIV Sifilis

REVISION DE SISTEMAS

Tiene usted o ha tenido alguna ves problemas en las siguientes areas:

SISTEMAS	NO	SI	?	SISTEMA	NO	SI	?
CONSTITUCIONAL				OIDOS/NARIZ/BOCA/GARGANTA			
Fiebre, pérdida/aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias/Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEGUMENTARIO (de la piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUROLOGICO				Fluidez/destilación de la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desecho nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Garganta/boca reseca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OJOS				RESPIRATORIO			
Pérdida de Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión distorcionada/Halos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de visión lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VASCULAR / CARDIOVASCULAR			
Doble visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mucosidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación arenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL			
Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de partículas extrañas en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITOURINARIO			
Exceso de Lágrimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales/Riñón/Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensitividad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HUESOS/ARTICULACIONES/MUSCULOS			
Dolor o irritación en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección crónica en ojos o párpados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perrillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones dolorosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destellos/flotantes en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LINFATICO/HEMATOLOGICO			
Ojos cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENDOCRINO				Problemas sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides/Otras glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGICO/INMUNOLOGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				PSYQUIATRICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted contestó SI a cualquiera de las preguntas o si tiene una condición de salud no listada por favor explique y liste sus medicamentos :

A quien podemos agradecerle el haberle referido a nuestra oficina?

Nombre: _____ Circle one: Familia Amigo Directorio telefonico Anuncio
Nota recordatoria Otro _____

1) Iniciales del paciente _____ 2) Iniciales del paciente _____ 3) Iniciales del paciente _____ 4) Iniciales del paciente _____
Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____
Iniciales del doctor _____ Iniciales del doctor _____ Iniciales del doctor _____ Iniciales del doctor _____