

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

GENERO: M o F

ANTECEDENTES OCULARES

Recomendado por: _____

Fecha de su ultimo examen ocular: _____

Usa Anteojos? Si No

Para leer solamente? Si No Cuanto tiempo tiene con sus lentes recientes: _____

Esta experimentando sintomas? Si No

Si la respuesta es si, explique: _____

Ha tenido alguna enfermedad de ojos? Si No

Si la respuesta es si, que tipo de enfermedad?: _____

Ha tenido cirugias de ojos? Si No

Si la respuesta es si, que tipo de cirugia?: _____

Favor de marcar si alguien de su familia tiene historia medica de las siguientes enfermedades:

Ninguna Cataractas Glaucoma Degeneracion Macular Otras: _____

ANTECEDENTES MEDICOS

Favor de marcar si ha tenido alguna de las siguientes enfermedades medicas:

Ninguna Asma Diabetes Enfermedad Cardiaca Alta presion

Otras: _____

Favor de marcar si algien de su familia tiene historial medico de alguna de las siguientes enfermedades:

Ninguna Asma Diabetes Enfermedad Cardiaca Alta presion

Otras: _____

Anote medicamentos/gotas de ojos que actualmente esta usando: _____

Anote cualquier cirugia anterior: _____

Anote cualquier alergia a medicamentos: _____

REVISION DE EL SISTEMA

Por favor circule si tiene o no alguno de los siguientes problemas:

- S N General: Perdida de peso, Fiebre, Dolor de cabeza
- S N Oidos/Nariz/Garganta: Perdida de oido, Problemas de sinusitis
- S N Corazon: Dolor de pecho, Latido irregular
- S N Respiratorio: Corto de la respiracion, Tos
- S N Digestivo: Ardor de estomago, Diarrea
- S N Neurologico: Paralisis, entumecimiento
- S N Piel: Erupciones, Ecsema
- S N Psiquiatrico: Depression, Ansiedad, Enfermedad mental
- S N Endocrina: Diabetes, Tiroides
- S N Cancer: Cualquier tipo
- S N Sangre: Anemia, Celula del Sickel, Sangramiento excesivo
- S N Urinario: Riñon, Vejiga

Otras: favor de anotar _____

Problemas del ojo/vision:

- S N Ardor
- S N Vision distorcionada
- S N Vision doble
- S N Exceso de lagrimeo
- S N Dolor en los ojos
- S N Figuras de luz/figuras flotando
- S N Cambios en la vision
- S N Picason
- S N Perdida de vision
- S N Perdida de vision periferal
- S N Descarga ocular
- S N Irritacion en los ojos
- S N Sensacion arenosa

HISTORIA PERSONAL

Consumo Alcohol? Si No Fuma? Si No

Consumo drogas? Si No Maneja? Si No

Firma de el paciente: _____

Fecha de hoy: _____

Firma de el medico: _____

Fecha de hoy: _____