

HISTORIAL MEDICO Y OCULAR

NOMBRE _____

FECHA _____

GENRO M F

Fecha de Nacimiento ____/____/____

ANTECEDENTES OCULARES

Fecha de su ultimo examen ocular _____

Recomendado por _____

Usa Anteojos? Si No Para leer solamente? Si No

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

Ningun Asma Diabetes Enfermedad Cardiaca Alta presion

Otras _____

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

Ningun Asma Diabetes Enfermedad Cardiaca Alta presion

Otras _____

Anote medicamentos/gotas de ojos que actualmente esta usando _____

Nada

Anote cualquier cirugia anterior _____ Nada

Anote cualquier alergia a medicamentos _____ Nada



EYE CENTER OF TEXAS

Leaders in Eye Care

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 SOCIAL

- Consume Alcohol? Si No Fuma? Si No
Consume drogas? Si No Maneja? Si No

FIRMA DE EL PACIENTE

FECHA DE HOY

FIRMA DE EL MEDICO

FECHA DE HOY

