

# HISTORIAL MEDICO Y OCULAR

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
GENERO  M  F

## ANTECEDENTES OCULARES

Fecha de su ultimo examen ocular \_\_\_\_\_ Recomendado por \_\_\_\_\_

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 sirugias de ojos?  Si  No

Si la respuesta es si, que tipo de sirugia? \_\_\_\_\_

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 alguien 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 \_\_\_\_\_

Nada

Anote cualquier cirugia anterior \_\_\_\_\_

Nada

Anote cualquier alergia a medicamentos \_\_\_\_\_

Nada

## REVISION DE EL SISTEMA

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

*Problemas del ojo/vision*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N General: Perdida de peso, Fiebre, Dolor de cabeza             | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Ardor                           |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Oidos/Nariz/Garganta: Perdida de oido, Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Vision distorcionada            |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Corazon: Dolor de pecho, Latido irregular                     | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Vision doble                    |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Respiratorio: Corto de la respiracion, Tos                    | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Exceso de lagrimeo              |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Digestivo: Ardor de estomago, Diarrea                         | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dolor en los ojos               |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Neurologico: Paralisis, entumecimiento                        | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Figuras de luz/figuras flotando |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Piel: Erupciones, Ecsema                                      | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cambios en la vision            |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Psiquiatrico: Depression, Ansiedad, Enfermedad mental         | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Picason                         |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Endocrina: Diabetes, Tiroides                                 | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Perdida de vision               |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cancer: Cualquier tipo  | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Perdida de vision periferal     |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sangre: Anemia, Celula del Sickel, Sangramiento excesivo      | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Descarga ocular                 |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Urinario: Riñon, Vejiga                                       | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Irritacion en los ojos          |
| Otras: favor de anotar _____  | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sensacion arenosa               |

## SOCIAL HISTORY

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 \_\_\_\_\_