

Historia del Paciente:

Nombre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección	Ciudad	Estado	Área Postal
Teléfono (Casa)	Teléfono (Trabajo)	Teléfono (Celular)	
Ocupación	Empleador o Escuela	Seguro	# de Póliza

Historia Medico:

Medico Primario: _____ Último examen: ____/____/____

Por favor lista cualquier medicación que usted esté tomando actualmente: _____

Usted tiene alergias a algún medicamento? Si No Si 'si,' por favor explique: _____

Por favor lista cualquier hospitalizaciones, heridas graves, o cirugías que usted ha tenido: _____

Historia Visual:

1. Fecha de último examen? _____ Doctor: _____

2. Razón del examen de hoy: _____

3. Tiene algún problema con su visión? Si No

Si 'si,' por favor explique: _____

4. Usas anteojos? Si No Si 'si,' por favor completa 4a y 4b:

4a. Cuanto tiempo ha llevado anteojos? _____anos(s) _____meces	4b. Describe sus anteojos: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Bifocal <input type="checkbox"/> Trifocal <input type="checkbox"/> Progresivo <input type="checkbox"/> Transición
---	---

5. Usas lentes de contactos? Si No

Si 'no', tiene algún interés en lentes de contactos? Si No

Si 'si,': por favor completa 5a-5c:

5a. Qué marca de lentes de contacto utiliza? _____ Son cómodos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Describa el problema: _____
5b. Qué marca de solución de contacto utiliza? _____
5c. Con qué frecuencia reemplazas sus lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual

* Policía de lentes de contacto: Si usted está solicitando una receta de lentes de contacto, nuestra oficina ofrece un programa de servicio completo - evaluación, adaptación, y seguimiento. Nuestra oficina no le dará la prescripción de lentes de contacto hasta que haya sido evaluado con éxito.*

6. Por favor indica si ha tenido alguno de los siguiente:

Relámpagos de luz? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cirugía de los ojos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cataratas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Picazón en los ojos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ardor en los ojos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Exceso de lágrimas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Manchas flotantes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estrabismo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ressequedad de los ojos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herida a los ojos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Visión doble? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sensibilidad a luz? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enrojecimiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otros:

7. Usa gotas para los ojos con regularidad? Si No Si 'si,' que marca? _____

REVISION DE SISTEMAS:

Sociales Fuma cigarrillos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Historial de fumar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Beber alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Usa drogas recreativos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Salud General Fiebre reciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fatiga <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No inesperado	Neurológico Convulsiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Previo derrame <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No cerebral
Endocrina (Hormonas) Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de la tiroides <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Garganta/Nariz/Oído Sordera <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sinusitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sangre/Linfáticos Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Leucemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergias/Inmunológica Alergia a medicamentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia ambiental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Lupus <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Psiquiátrico Depresión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ansiedad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Musculoquelético Osteoartritis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Osteoporosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Genitourinario Cálculos renales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer de próstata <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer de los senos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Respiratorio Asma/Bronquitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfisema/COPD <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Falta de aire <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gastrointestinales Cáncer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No La pérdida del <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No apetito
Cardiovascular Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Colesterol alto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad de las válvulas cardiacas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Previo ataque cardiaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Endurecimiento de las arterias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Piel Picazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer de piel <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Rosácea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nuevos lunares o crecimientos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

HISTORIA FAMILIAR: Por favor lista cualquier miembro de la familia (padres, abuelos, hermanos, hijos; vivo o fallecido) que hayan tenido las siguientes condiciones:

CONDICIÓN	RELACIÓN	CONDICIÓN	RELACIÓN
Ceguera		Diabetes	
Catarata		Lupus	
Estrabismo		Presión alta arterial	
Glaucoma		Enfermedad renal	
Degeneración macular		Enfermedades del corazón	
Desprendimiento o enfermedades de la retina		Enfermedad de la tiroides	
Cáncer		Otros:	

Revisado por Dra.: _____ Fecha: _____