

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Primario: \_\_\_\_\_

Referido Por: \_\_\_\_\_

Brevemente, indique cual es el problema que está teniendo con sus ojos:

HISTORIA CLINICA

Usted tiene o ha tenido:

Diabetes	SI	NO	Concusión	SI	NO	Dermatitis	SI	NO
Colesterol Alto	SI	NO	Infarto Cerebral	SI	NO	Rosácea	SI	NO
Alta Presión Arterial	SI	NO	Enfermedad del músculo	SI	NO	Hemorragia	SI	NO
Infarto de Miocardio	SI	NO	Artritis	SI	NO	Migraña	SI	NO
Problema de la Tiroidea	SI	NO	Hepatitis	SI	NO	Alergias	SI	NO
Cáncer	SI	NO	SIDA ó VIH positivo	SI	NO	Sinusitis	SI	NO
Enfisema	SI	NO	Culebrilla ó Herpes Zóster	SI	NO	Asma	SI	NO
						Otro _____		

HISTORIA QUIRURGICA

Baipás	SI	NO	Histerectomía	SI	NO	Cirugía Plástica	SI	NO
Marcapasos Cardiacos	SI	NO	Mastectomía	SI	NO	Apendectomía	SI	NO
Arterias Carótidas	SI	NO	Cirugía del Próstata	SI	NO	Repuesto de Coyuntura	SI	NO
Tumor	SI	NO	Cirugía del Colón	SI	NO	Cirugía Cerebral	SI	NO
C. de la Vesícula Biliar	SI	NO	Otro _____			Otro _____		

HISTORIA DE LA VISTA

Separación de la Retina	SI	NO	Cirugía de la Retina	SI	NO	Trasplante de la Cornea	SI	NO
Glaucoma	SI	NO	Cirugía para la Glaucoma	SI	NO	Sequedad de los Ojos	SI	NO
Catarata	SI	NO	Cirugía para las Cataratas	SI	NO	Visión Doble	SI	NO
Degeneración/Mácula	SI	NO	Cirugía de Laser	SI	NO	Iritis/ Uveítis	SI	NO
Retinopatía Diabética	SI	NO	Cirugía del Párpado	SI	NO	Manchas Visuales/Luces	SI	NO
Bizquera/Estrabismo	SI	NO	Cirugía para el Estrabismo	SI	NO	Traumatismos Oculares	SI	NO
Ambliopía	SI	NO	Cirugía de Refracción	SI	NO	Otro _____		

HISTORIA CLINICA DE LA FAMILIA

Alguien de su familia ha tenido:

Cataratas	SI	NO	Ceguera	SI	NO	Alta Presión Arterial	SI	NO
Glaucoma	SI	NO	Cáncer	SI	NO	Anomalías del Corazón	SI	NO
Anomalía Retina/Cornea	SI	NO	Diabetes	SI	NO	Otro _____		

HISTORIA SOCIAL

Usted usa o ha usado en el pasado:

Alcohol	SI	NO	Tabaco	SI	NO	Drogas	SI	NO
---------	----	----	--------	----	----	--------	----	----

MEDICINAS QUE ESTÁ TOMANDO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TIENE REACCIÓN ALÉRGICA CON:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PARA QUE LA OFICINA LO USE SÓLAMENTE

Updated visit: \_\_\_\_\_ initials: \_\_\_\_\_