



Nombre _____

Esta es su oportunidad de decirnos sobre su historial de visión y medico.

¿CUAL ES LA RAZON PRINICIPAL DE SU VISITA? _____

¿CUALES METODOS PARA MEJORAR SU VISION ESTA CONSIDERANDO? LASIK LENTES LENTES DE CONTACTO

¿CUAL PRECUPAION TIENE RESPECTO A LA CORRECCION DE VISIÓN A BASE DE LASER? SEGURIDAD COSTO SOY BUEN CANDIDATO?

¿USA LA COMPUTADORA POR MAS DE 2 HORAS AL DIA? SI NO

¿FUMA REGULARMENTE? SI NO ¿BEBE ALCOHOL REGULARMENTE? SI NO

LAS REGULACIONES DE ASEGURANSAS REQUIEREN QUE TENGAMOS EN RECORD SU PESO Y ALTURA: PESO _____ LBS ALTURA _____ FT _____ IN

MI DOCTOR PRIMARIO ES: _____ MI FARMACIA PREFERIDA ES: _____

<p>SU HISTORIAL MEDICO: ¿TIENE O HA TENIDO UNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O SINTOMAS?</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DIABETES</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO HIPERTENSION</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO TRANSTORNOS DE SANGRADO</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DERRAME CEREBRAL</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ALTA PRESION SANGUINEA</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PROBLEMAS RESPIRATORIOS</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO VIH</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PROBLEMAS DE LA TIROIDES</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ARTRITIS</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO HEPATITIS</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO TUBERCULOSIS</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO SARCOIDOSIS / LUPUS</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO FUEGO LABIAL (HERPES)</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ALERGICO / IMMUNOLOGICO</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DEBILIDAD OR PARALISIS</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO FIEBRE</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PERDIDIA / SUBIDA DE PESO REPENTINA</p> <p>¿OTROS PROBLEMAS DE SALUD? _____</p>	<p>SUS OJOS: ¿ESTA TENIENDO UNO DE ESTOS SINTOMAS ACTUALMENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO VISION BORROSA O DISTORSIONADA</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PERDIDA DE VISION REPENTINA</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO VISION DOBLE</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PERDIDA DE LA VISION LATERAL</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ENRROJECIMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DOLOR EN LOS OJOS</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO SECRECIÓN (LAGRIMAS, LAGAÑAS)</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO OJOS ARENOSOS</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ARDOR</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO COMEZÓN</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO RELAMPAGEOS Y/O FLOTADORES</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO SENSIBILIDAD A LA LUZ</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PÁRAPADO CAIDO U ORZUELO</p> <p>PARA LOS QUE SUFREN DE ALERGIAS Y RESEQUEZAD: ¿CUALES TRATAMIENTOS HA USADO PARA ALVIVIAR SUS SINTOMAS?</p> <p><input type="checkbox"/> LAGRIMAS ARTIFICIALES <input type="checkbox"/> GOTAS RECETADAS</p> <p><input type="checkbox"/> TAPONES PUNTUALES <input type="checkbox"/> VITAMINAS</p>
<p>TIENE ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA PROBLEMAS DE SALUD EN LAS SIGUIENTES AREAS:</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CEGUERA</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO GLAUCOMA</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DEGENERACION MACULAR</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CATARATAS</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO OJO VAGO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DESPRENDIMIENTO DE RETINA</p>	<p>¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CIRUGÍA EN LOS OJOS</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO LESIÓN EN LOS OJOS</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD OCULAR</p> <p>OTROS PROBLEMAS OCULARES?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMIENTO? SI NO Si es sí, por favor enlístela: _____

ENUMENERE SU MEDICACION ACTUAL (INCLUYENDO TABLETAS, INYECCIONES, GOTAS PARA OJOS, ANTI-CONCEPTIVAS, HORMONAS, Y ANTIHISTAMINAS)

La información sobre mi historial médico es verdadera y actualizada de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del paciente

Fecha

Revisión de Historial

_____/_____
Iniciales / Fecha

ningún cambio
 cambios hechos

_____/_____
Iniciales / Fecha

ningún cambio
 cambios hechos

_____/_____
Iniciales / Fecha

ningún cambio
 cambios hecho

_____/_____
Iniciales / Fecha

ningún cambio
 cambios hechos