

Nombre de Paciente: _____ ¿Cuál es la razón de su visita? _____

MARQUE CON UNA X SI EL PACIENTE TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN LOS OJOS.	MARQUE CON UNA X SI EL PACIENTE PADECE DE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES O SÍNTOMAS. ¿DESDE CUÁNDO?	MARQUE CON UNA X SI ACTUALMENTE UTILIZA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:
<input type="checkbox"/> Anormalidades en la forma de los ojos	<input type="checkbox"/> Cambios de comportamiento	<input type="checkbox"/> Aspirina: Acuprin81, Bayer, Bufferin, Easprin, Ecotrin, Empirin, Halfrin, Norwich ASppirin St. Joseph Aspirin, Zorprin
<input type="checkbox"/> Dolor en el ojo	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Ibuprofeno: Advil, Advil Allergy Sinus, Advil Cold, Advil Cold and Sinus, Advil Migraine, Cap Profen, Children's Advil Allergy Sinus, Children's Elixsure, Children's Motrin Cold, Excedrin IB, Genpril, Ibuproin, Ibuprohm Cold and Sinus, Ibu-Tab 200, Liqui-gels, Medpren, Midol 200, Midol IB, Motrin, Motrin IB, Motrin Migraine Pain, Nuprin, Pamprin Ib, Pediacare Fever, Pediaprofen, Profen, Rufen, Saletto 200, and 400, Sine-zAid Ib, Tab Profen, Trendar y Uni-Pro
<input type="checkbox"/> Lacrimación excesiva	<input type="checkbox"/> Convulsiones, epilepsia	<input type="checkbox"/> Ketrofen: Actron, Ketofren, and Orudis KT
<input type="checkbox"/> Lucecitas brillantes o flotadores	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Naproxen: Alece, Anaprox, Anaprox DS, EC-Naproxyn, Napreland y Naprosyn
<input type="checkbox"/> Movimientos anormales de los ojos	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Suplementos Vitamínicos: Vitamina A, Vitamina E
<input type="checkbox"/> Ojos brotados	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Suplementos Naturales: Árnica, Bromelain, Dong Quai, Feverfew, Garlic, Ginkgo, Ginger, Ginseng, Licorice, Omega 3 ácidos grasos y saw palmetto
<input type="checkbox"/> Ojos cruzados, desalineados, estrabismo	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	ALERGIAS A MEDICINAS O ALIMENTOS:
<input type="checkbox"/> Ojos rojos	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ojos secos	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Párpados caídos	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Párpados que no cierran completamente	<input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pérdida de visión de color	<input type="checkbox"/> Enfermedades hereditarias	MEDICAMENTOS QUE USA EL PACIENTE EN LA CASA:
<input type="checkbox"/> Pérdida de visión nocturna	<input type="checkbox"/> Enfermedades metabólicas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pérdida de visión o visión borrosa	<input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Picor, sensación de cuerpo extraño, ardor	<input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares, asma	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pupila blanca	<input type="checkbox"/> Enfermedades reumatológicas, artritis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Secreciones frecuentes	<input type="checkbox"/> Episodios herpéticos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Hipertensión	HÁBITOS:
<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Infecciones causadas por inflamación de la piel	<input type="checkbox"/> Uso de bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MARQUE CON UNA X SI EL PACIENTE HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS O TRATAMIENTOS EN LOS OJOS:	<input type="checkbox"/> Infecciones serias	<input type="checkbox"/> Uso de cigarrillos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Catarata	<input type="checkbox"/> Infecciones serias	<input type="checkbox"/> Uso de drogas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Ciego de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mareos	
<input type="checkbox"/> Cirugía de los músculos del ojo	<input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos frecuentes	
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la retina	<input type="checkbox"/> Parálisis	
<input type="checkbox"/> Enfermedades hereditarias de los ojos	<input type="checkbox"/> Perlesia cerebral	
<input type="checkbox"/> Espejuelos ¿Desde cuándo?	<input type="checkbox"/> Retardación mental	
<input type="checkbox"/> Examen por un especialista de la vista	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sinusitis	
<input type="checkbox"/> Lentes de contacto ¿Desde cuándo?	<input type="checkbox"/> Ninguna(o) de éstas(os)	
<input type="checkbox"/> Terapia de parcho	<input type="checkbox"/> Otras enfermedades o síntomas	
<input type="checkbox"/> Otras cirugías en los ojos		
	HOSPITALIZACIONES O CIRUGÍAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	

Importante: Un paciente que actualmente esté en tratamiento con ACCUTANE, no se le podrá realizar ningún tratamiento con láser hasta no haber transcurrido seis (6) meses de haber terminado el tratamiento. El ACCUTANE es un medicamento utilizado para el tratamiento de acné severo. En adición, pacientes en tratamiento de ACCUTANE se les recomienda no usar sistemas de depilación con cera caliente o someterse a procedimiento alguno de tratamiento cutáneo tal como dermoabrasión o tratamiento con láser.

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____