

PATIENT FORM

PAGE 2 OF 2

HISTORIAL DE OJOS

Ultimo Examen Ocular:

Usa lentes?

Usa lentes de contacto?

Razon por la visita de hoy

Usted ó cualquier miembro de familia, vivos ó muertos, tienen o han tenido alguna de las condiciones que se presentan?

Catarata *si no familia*

Estrabismo *si no familia*

Glaucoma *si no familia*

LASIK ó RK *si no familia*

Ambliopía *si no familia*

Degeneración de la Macula *si no familia*

Desprendimiento de la Retina *si no familia*

Tiene ó ha tenido alguna de las condiciones que se presentan?

Visión nublada/Empañada cerca ó distancia

Sensación de ardor

Conjuntivitis/Legañas

Ojos resecos

Ceguera

Exceso de Lagrimeo

Infección de los Ojos ó Párpados

Dolor de Ojo

Focos de luz en la vista

Horzuelos

Dolores de Cabeza

Picazón/Comezón

Visión Distorcionada

Sensibilidad a luz/sol

Ojos Rojos

Ojos Arenosos

HISTORIAL MÉDICO

Usted ó cualquier miembro de familia, vivos ó muertos, tienen o han tenido alguna de las condiciones que se presentan?

SIDA/VIH *si no familia*

Alergias *si no familia*

Artritis *si no familia*

Asma *si no familia*

Enfermedad sanguínea *si no familia*

Cáncer *si no familia*

Diabetes *si no familia*

Condición de oído, nariz, garganta *si no familia*

Condición Gastrointestinal *si no familia*

Enfermedad cardíaca *si no familia*

Presión alta *si no familia*

Colesterol alto *si no familia*

Enfermedad del riñón *si no familia*

Lupus *si no familia*

Condición Neurológico *si no familia*

Condición Psiquiátrica *si no familia*

Convulsiones *si no familia*

Condición de Piel *si no familia*

Derrame Cerebral *si no familia*

Disfunción de la Tiroides *si no familia*

Historial Social

Esta embarazada o dando de lactar?

Fuma?

Ha fumado antes?

Toma?

Cuántas horas al día usa electrónicos como celular, televisión, computadora?

Para monitorear riesgos de salud en la familia, anote nombres de miembros de familia que asisten esta oficina y su relación