

Preguntas de la Historia del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACION PERSONAL

1. Cual es la razón de su visita? _____
Examen de rutina Visión reducido Cerca Lejos Cerca y Lejos
Ojos Rojos Objeto Extraño Examen para lentes de contacto
2. Cuando fue su último examen de vista? _____
3. Ha tenido alguna herida al ojo? No Si
a. Tipo de herida: _____ Cuando paso? _____
4. A tenido alguna operación a los ojos? No Si
Tipo de operación: _____ Cuando fue? _____
5. Le han prescrito lentes de aumento? No Si
Usted usa lentes ahora? No Todo el tiempo De vez en cuando Están perdidos
6. Le han prescrito lentes contactos? No Si
Usted usa lentes de contacto ahora? No Todo el tiempo D
Tipo de aumento en los lentes de contactos: _____
7. Por favor de marcar el problema que tiene o ha tenido en el pasado: Si ninguno
Ojos cruzados Cataratas Piel Flotadores (cosas flotando en su ojo)
Doble visión Glaucoma Flash de luces Pérdida de visión
Ambliópico (sufre de nubosidad de la vista) Otra enfermedad de los ojos
Degenerar de macula Retina Desprendida

INFORMACION DE SALUD PERSONAL

1. Tiene algún problema de lo siguiente? Si, NO tiene ninguno marce aquí
Oídos/nariz/garganta Gastrointestinal Piel Endocrino
Cardiovascular Genitourinario El sistema de Inmunidad Salud Mental
Respiratorio (respiración) Músculos/huesos El sistema de nervioso
2. Le han diagnosticado con alguno de lo siguiente?
Diabetes Hipertensión Paro cardiaco Artritis Otra Enfermedad
Cuando fue diagnosticado? _____
Esta controlado? _____
3. Esta tomando medicamentos? No Si, (liste los): _____
4. Es alérgico/a a un medicamento? No Si, (liste los): _____
5. Ha tenido operaciones? No Si, de que fue _____
6. Usted usa cigarros/tabaco? No Si, Cuanto tiempo _____
7. Nombre y ciudad de su doctor primario _____ ultima visita? _____

INFORMACION DE FAMILIA

1. Por favor marque si tiene familia con alguna de estas enfermedades:
2. Como están relacionado con usted? _____
3. Lado Materno o Paterno
Glaucoma Diabetes
Enfermedad de la retina Ceguera Otra