

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_ Médico Primario: \_\_\_\_\_

Otros Doctores/ Referido Por: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_

**Lista de Medicamentos (incluso medicamentos de venta libre )**

Medicación / Gotas	Dosis	Veces por día		Medicación / Gotas	Dosis	Veces por día

**HISTORIA OCULAR – ¿Ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes?**

- |                          |                          |                            |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| SI                       | NO                       |                            | SI                       | NO                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cataratas _____            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad corneal _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ojo cruzado/Ojo vago _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cirugía de cataratas (fecha de la cirugía) Derecho: \_\_\_\_\_ Izquierdo: \_\_\_\_\_

Otras cirugías oculares: \_\_\_\_\_

**Otra historia médica – ¿Ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes?**

- |                          |                          |                                       |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| SI                       | NO                       |                                       | SI                       | NO                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes ¿número de años? _____       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alta presión sanguínea _____          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiroides _____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del corazón _____           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pulmonares (asma/enfisema, etc) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer _____                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Otras condiciones médicas y cirugías (incluyen la fecha y el tipo): \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

¿Conduces tú? \_\_ Si \_\_ No

Dificultad visual al conducir? \_\_ Si \_\_ No

¿Bebes alcohol? \_\_ Si \_\_ No Describir cuánto: \_\_\_\_\_

Casado  Soltero(a)  Viuda  Divorciado

¿Usar tabaco? \_\_ Si \_\_ No Describir cuánto: \_\_\_\_\_

¿Has tenido una transfusión de sangre? \_\_ Si \_\_ No

¿Drogas recreativas? \_\_ Si \_\_ No \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR – ¿Alguno de los parientes de sangre tiene alguno de los siguientes? Describe relación**

- |                          |                          |                             |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| SI                       | NO                       |                             | SI                       | NO                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes _____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retinopatía diabética _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Otras enfermedades relevantes: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino/Masculino

<b>Revisión de sistemas</b>		
<b>Condiciones:</b>	<b>Circule todas de las condiciones que se apliquen a usted o marque ninguna.</b>	<b>Marca (Si ninguno)</b>
<b>GENERAL:</b>	fiebre, insolación, pérdida de peso, aumento de peso, fatiga, insomnio, dolor de cabeza	
<b>OREJA, NARIZ, GARGANTA:</b>	duro de oír, dolor de oído, tos, sequedad en la boca, seno/alergia, ronquera, vértigo	
<b>CARDIOVASCULAR:</b>	presión arterial alta, ataque cardíaco, dolor torácico, insuficiencia cardíaca congestiva, frecuencia cardíaca rápida, colesterol alto, latidos cardíacos irregulares, palpitaciones, fabricante de ritmo	
<b>REPRODUCTIVO:</b>	congestión, Sibilancias, poco de aliento, asma, Epoc, enfisema, exposición a la tuberculosis	
<b>GASTROINTESTINAL:</b>	Malestar estomacal, diarrea, estreñimiento, hernia, Úlceras, Náuseas, enfermedad por reflujo gastroesofágico	
<b>GENITOURINARIAS:</b>	micción dolorosa/frecuente, impotencia, ictericia amarilla, cálculos renales, sangre en la orina	
<b>MUJERES:</b>	¿Estás embarazada? ¿Estás amamantando?	
<b>MUSCULOESQUELÉTICOS:</b>	dolor articular, rigidez, hinchazón, calambres, fibromialgia, artritis reumatoide, lupus, otro typo de atritis, osteoporosis	
<b>DERMATOLÓGICA:</b>	granos, acné, verrugas, crecimientos, Erupción, rosácea, melanoma	
<b>NEUROLÓGICO:</b>	Entumecimiento, dolor de cabeza, convulsión, parálisis, derrame cerebral, demencia, pérdida de memoria, Alzheimer's, Parkinson's	
<b>PSIQUIÁTRICO:</b>	ansiedad, depresión,	
<b>ENDOCRINO:</b>	diabetes, hipotiroideo- súper active /bajo active, hormona aumentó la sed, enfermedad de graves, enfermedad ocular tiroidea	
<b>HEMATOLOGÍA:</b>	sangrando, anemia, coágulos sanguíneos, problemas relacionados con las transfusiones de sangre	
<b>ALÉRGICA/ INMUNOLÓGICAS:</b>	seno, estornudo, hinchazón, enrojecimiento, picazón, colmenas, lupus, VIH, Virus del herpes simple, Síndrome de Sjogren, artritis reumatoide	
<b>CÁNCER:</b>	cáncer de mama, Próstata, pulmón, piel, colon, otro	
<b>OJOS:</b>	cataratas, glaucoma, retina desprendida, ceguera, ojo perezoso, lesión/trauma ocular, problemas corneales, degeneración macular	