

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	MRN:
Ocupación:	Fecha: / /
¿Cuándo fue su último examen de los ojos?	Fecha Nac.: / /

MARQUE
UNA CON
UN
CIRCULO

¿Fue o esta siendo tratado actualmente por alguno de los siguientes problemas?

MARQUE
UNA CON
UN
CIRCULO

¿Usa anteojos?	S	N	Problemas cardiovasculares / problemas cardiacos (e.j., alta presión sanguínea, dolor en el pecho, latido irregulares)	S	N
¿Usa lentes de contacto?	S	N	Problemas respiratorios (e.j., respiración dificultosa, respiración con silbido, tos, asma)	S	N
¿Le interesaría probar lentes de contacto?	S	N	Problemas gastrointestinales (e.j., acidez, dolor de estomago, diarrea, vómitos)	S	N
¿Alguna vez tuvo una cirugía en los ojos?	S	N	Problemas de endocrinos (e.j., diabetes, problemas de tiroides)	S	N
¿Alguna vez tuvo lesiones en los ojos?	S	N	Alergias (e.j., fiebre del heno, alergias a medicamentos)	S	N
¿Alguna vez tuvo una desviación severa del ojo?	S	N	Problemas urinarios (e.j., dolor o molestias, sangre en la orina)	S	N
¿Le dijeron que tiene ojo perezoso o ambliopía?	S	N	Problemas en la piel (e.j., erupciones, sequedad excesiva)	S	N
¿Le dijeron que tiene cataratas?	S	N	Problemas óseos y musculares (e.j., dolor muscular, dolor en las articulaciones, articulaciones inflamadas)	S	N
¿Le dijeron que tiene glaucoma?	S	N	Problemas neurológicos (e.j., adormecimiento, debilidad parálisis)	S	N
¿Le dijeron que tiene alguna enfermedad en los ojos?	S	N	Problemas psiquiátricos (e.j., depresión, ansiedad)	S	N
¿Alguien de su familia tiene glaucoma?	S	N	Problemas de oídos / nariz / garganta (e.j., disminución de la audición, dolor de garganta, problemas de seno)	S	N
¿Alguien de su familia tiene alguna otra enfermedad en los ojos?	S	N	Enfermedades sanguíneas (e.j., drepanositosis)	S	N
¿Usa computadora?	S	N	Otras condiciones medicas no detalladas anteriormente (e.j., cáncer, embarazo, ataque)	S	N

Detalle las gotas para los ojos recetadas o no recetadas que usa:

INFORMACIÓN MEDICA GENERAL

¿Cuándo fue su último examen físico? _____

Detalle los medicamentos recetados o no recetados que esta tomando:

Problemas inmunologicos (e.j., lupus, sarcoidosis, esclerosis multiple)			ESPECIFIQUE _____		
¿Alguna vez tuvo una cirugía?	S	N		S	N
¿Hay casos de diabetes en su familia?	S	N		S	N
¿Hay casos de alta presión en su familia?	S	N		S	N
¿Hay casos de problemas cardiacos en su familia?	S	N		S	N
¿Fuma?	S	N		S	N
¿Toma bebidas alcohólicas?	S	N		S	N
Si el paciente es menor de 18 años, ¿tiene las vacunas inmunológicas al día?	S	N		S	N
REVISADO POR				FECHA	
	,O.D.			/ /	