

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente:		Fecha nac.:	MRN:	PN:	Fecha de hoy:
Nombre Preferido:	Sexo asignado al nacer:	Ocupación:		Fecha del último examen de la vista:	
Pronoun: <input type="checkbox"/> El, El, Su <input type="checkbox"/> Ella, Ella, Ellas <input type="checkbox"/> Ellas, Ellas, Las suyas / Ellos, Ellos, Los suyos <input type="checkbox"/> Ze, Hir <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Rechazar para responder					
Gender Identity: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Género Queer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Elija no revelar					
		MARQUE UNA CON UN CIRCULO		MARQUE UNA CON UN CIRCULO	
¿Usa anteojos?		Y	N	¿Fue o esta siendo tratado actualmente por alguno de los siguientes problemas? Problemas cardiovasculares / problemas cardiacos (e.j., alta presión sanguínea, dolor en el pecho, latido irregulares)	
¿Usa lentes de contacto?		Y	N	Problemas respiratorios (e.j., respiración dificultosa, respiración con silbido, tos, asma)	
¿Le interesaría probar lentes de contacto?		Y	N	Problemas gastrointestinales (e.j., acidez, dolor de estomago, diarrea, vómitos)	
¿Alguna vez tuvo una cirugía en los ojos?		Y	N	Problemas de endocrinos (e.j., diabetes, problemas de tiroides)	
¿Alguna vez tuvo lesiones en los ojos?		Y	N	Alergias (e.j., fiebre del heno, alergias a medicamentos)	
¿Alguna ves tuvo una desviación severa del ojo?		Y	N	Problemas urinarios (e.j., dolor o molestias, sangre en la orina)	
¿Le dijeron que tiene ojo perezoso o ambliopia?		Y	N	Problemas en la piel (e.j., erupciones, sequedad excesiva)	
¿Le dijeron que tiene cataratas?		Y	N	Problemas óseos y musculares (e.j., dolor muscular, dolor en las articulaciones, articulaciones inflamadas)	
¿Le dijeron que tiene glaucoma?		Y	N	Problemas neurológicos (e.j., adormecimiento, debilidad parálisis)	
¿Le dijeron que tiene alguna enfermedad en los ojos?		Y	N	Problemas neurológicos (e.j., adormecimiento, debilidad parálisis)	
¿Alguien de su familia tiene glaucoma?		Y	N	Problemas psiquiátricos (e.j., depresión, ansiedad)	
¿Alguien de su familia tiene alguna otra enfermedad en los ojos?		Y	N	Problemas de oídos / nariz / garganta (e.j., disminución de la audición, dolor de garganta, problemas de seno)	
¿Usa computadora?		Y	N	Enfermedades sanguíneas (e.j., drepanositosis)	
Detalle las gotas para los ojos recetadas o no recetadas que usa:				Otras condiciones medicas no detalladas anteriormente (e.j., cáncer, embarazo, ataque)) ESPECIFIQUE:	
INFORMACIÓN MEDICA GENERAL ¿Cuando fue su último examen físico?				Problemas inmunologicos (e.j., lupus, sarcoidosis, esclerosis multiple)	
				¿Alguna vez tuvo una cirugía?	
Detalle los medicamentos recetados o no recetados que esta tomando:				¿Hay casos de diabetes en su familia?	
				¿Hay casos de alta presión en su familia?	
				¿Hay casos de problemas cardiacos en su familia?	
				¿Fuma?	
				¿Toma bebidas alcohólicas?	
				Si el paciente es menor de 18 anos, ¿tiene las vacunas inmunológicas al día?	
				REVISADO POR _____, O.D. FECHA ____ / ____ / ____	
Firma del paciente / tutor legal (impreso):		Firma del paciente / tutor legal (firmada):		FECHA ____ / ____ / ____	