



Historial Medico

NOMBRE: _____ FECHA DE el NACIMIENTO: _____ FECHA: _____
 OCUPACION: _____ Fecha de último examen de los ojos _____

Medical Information

EI NOMBRE DE MEDICO: _____ Doctor(a) referente: _____
 TEL #: _____ TEL #: _____

¿Está embarazada o amamantando actualmente? Pregnant/Breastfeeding? **SI / NO**

Liste todas **enfermedades mayores** (glaucoma, diabetes, hipertensión, infarto, etc.) o **heridas** (concusión, etc.):

Enumere todos **los medicamentos** que este tomando en la actualidad (Incluya receta y medicamentos de vente sin receta) :

¿Es **alérgico** a algún medicamentos, sustancias u otros alérgenos? _____
 Si la respuesta es si enumere los medicamentos y la sustancia: _____

Liste cualquier **cirugía** que usted ha tenido (catarata, tonsilectomía, apendicectomía):

¿Alguna vez se sometió a una **cirugía LASIK**? **SI / NO** Si es así, ¿cuándo y dónde? _____

Historia familiar

SI NO Quien? (GP,F,M,B,S,etc.)

¿**ACTUALMENTE** tiene algún problema en las siguientes áreas?

Ceguera	Y	N	
Glaucoma	Y	N	
Degeneración macular	Y	N	
Cataratas	Y	N	
Artritis	Y	N	
Cáncer	Y	N	
Diabetes	Y	N	
Hipertensión	Y	N	
Cardiopatía	Y	N	
Nefropatía	Y	N	
Lupus	Y	N	
Accidente cerebrovascular	Y	N	
Enfermedad de tiroides	Y	N	
Otros	Y	N	

La pérdida de visión	Y	N	Deslumbra / Ligerero	Y	N
Visión enturbiada	Y	N	Dolor o malestar	Y	N
Fluctuar la visión	Y	N	Infección	Y	N
Distorsionada (halos)	Y	N	Ojos cansados	Y	N
Visión periférica	Y	N	Ojos cruzados/perezoso	Y	N
Diplopía	Y	N	Párpado que se inclina	Y	N
Sequedad	Y	N	Dificultad al conducir	Y	N
Secreción mucosa	Y	N	Visión nocturna	Y	N
Ojos rojez	Y	N	Otros problemas	Y	N
Arenosa o arenosa	Y	N	Fiebre	Y	N
Picazón	Y	N	Pérdida de peso	Y	N
Picar / Ardor	Y	N	Cardíacos/Respiratorios	Y	N
Cuerpo extraño	Y	N	Estómago / Riñón	Y	N
Riego excesivo	Y	N	Hueso/Articulación /Inmune	Y	N

Información de Lentes de Contacto

Derecho

Izquierdo

Marca _____
 Rx _____

¿Lleva usted gafas? **SI / NO** B.C. _____ DIA _____ B.C. _____ DIA _____

Información de farmacia

Nombre _____ TEL # _____ FAX # _____
 Dirección _____

Historia social

abaquismo: Actual, por _____ años ¿Cuando dejaste de fumar? _____ / Nunca ¿Cuánto / a menudo? _____
 Alcohol: SI / NO ¿Cuánto / a menudo? _____ (es decir, en ocasiones, socialmente, 1 copa de vino / día, 2-3 cervezas / día, etc.)
 Drogas: SI / NO Tipo: _____ ¿Cuánto / a menudo? _____
 Otros: _____

Firma: _____ Fecha: _____