

HISTORIAL DEL PACIENTE

Su Nombre _____ Fecha _____

(Apellido) (Nombre) (I.)

Prefiero que me llamen: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de celular _____ Teléfono de trabajo _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Correo Electrónico _____

Situación laboral: _____ Ocupación: _____ Lenguaje: _____

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Otro Etnicidad: Hispano o Latino No hispano o Latino

Raza: Indio Americano Asiático Afroamericano Nativo de Hawaii o Nativo de la Polinesia

Americano

Como te enteraste de esta oficina? (*PACIENTES NUEVOS SOLAMENTE, (favor de ser específico)*)

Internet (donde): _____ Plan de Seguro: _____ Amistad: (*quien*) _____

Lugar (letrado): _____ Familia: _____ Otro: _____

Tiene algún familia que estuvo aquí antes (Nombre)?

Historial Medico

Alguna vez has tenido una herida, infección o cirugía en los ojos? Sí No

Fumas? Sí No

Usas ahora o alguna vez lentes o espuelas? Sí No

Cuantos años tienen tus lentes? _____

Usas ahora o alguna vez Lentes de Contactos? Sí No

duro suave

Te interesa ser evaluado para el uso de Lentes de Contactos? Si No Tal vez

Cuando fue tu último examen? _____

Está embarazada o amamantando? Sí No

Sufres de alguna de las siguientes problemas visuales? (*Has un circulo a todas las que aplican*)

Visión borrosa	Ojos rojizos	Destellos de luz en la oscuridad
Dolor en los ojos	Sensación arenosa	Manchas flotantes
Visión doble	Picor	Resplandor
Ressequedad en los ojos	Ardor	Infección crónica
Descarga Mucosa	Lagrimas Excesivas	Perdida de visión

Favor de anotar los medicamentos que has tomado o estas tomando actualmente o en el pasado año y el propósito.

Eres alérgico a algún medicamento? Sí No

(*especifica*) _____

Liste todos los problemas médicos que tiene ahora y que están bajo tratamiento con el doctor?

Tienes algún historial familiar con lo siguiente?

Glaucoma? Padres Hermano/a No Degeneración Macular Padres Hermano/a No

Cataratas? Padres Hermano/a No Tiroides? Padres Hermano/a No

Diabetes? Padres Hermano/a No Alta Presión? Padres Hermano/a No

(*al otro lado*)

Revisión de Sistemas: (Sufres o has tenido alguna de las siguientes?)

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Constitucional (Fiebre crónica, cambio súbito en aumento/Pérdida de peso)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Oído/ Nariz/ Garganta (perdida de audición, sinusitis, Resequedad en la boca)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas cardiovasculares (hipertensión, palpitaciones, _____)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorios (asma, TB, enfisema, _____)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Gastrointestinal? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Genitourinario? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas musculoesqueléticos (artritis, otra, _____)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de la piel (acné, melanoma, erupción, _____)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas Neurológicas (Dolores de cabeza, ataques derrames)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas psiquiátricos (depresiones, ansiedad, _____)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Endocrino (tiroides, diabetes, _____)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Linfático/Hematología? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Alergias/problemas inmunológicos (alergias, desordenes inmunológicos)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Historia Social y Estilo de Vida:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Conduces automóvil? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Te molesta el destello de luz cuando conduces? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Tienes dificultad al conducir de noche? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Sientes que tus ojos son muy sensitivos a la luz solar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Trabajas o juegas en la computadora? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Disfrutas tu tiempo al aire libre? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Estas interesado en aprender más acerca de cómo eliminar los Espejuelos o lentes de contacto a través de corrección de la visión Utilizando Laser? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Existe alguna otra condición que te causa molestia en tus ojos? (<i>enumera</i>) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Cuando usas tus lentes de corrección de vista, si tiene? _____

Áreas de mejoramiento con lentes nuevos

(*Marca todo que aplique*)

- Marcas en la nariz
- Molestia en las orejas o nariz
- Muy pesados
- Sensitivo a la luz de carros
- Resbala para abajo
- Corrosión
- Lentes que descansan en los pómulos
- Tinte muy oscuro

Deportes y Actividades

- Tenis/Raqueta, etc.
- Fútbol/Deportes de contacto
- Natación
- Esquiar/Deportes de nieve
- Golf
- Correr, Caminar
- Casar, Tiro
- Paseo de bote/Pescar, acampada
- Arobicos, Bailar
- Otros _____

Necesidades para los lentes de moda

Estas interesado en lentes para lo siguiente?

- Lentes de sol recetados
- Para el uso de noche
- Para el uso de deportes
- Para el uso de negocios

Pasa tiempos

- Costura
- Jardinería
- Taller
- Colección de estampilla o monedas
- Música
- Juego de barajas
- Leer
- Cocinar
- Computador
- Cenar afuera
- Otros _____

GRACIAS!

Te queremos dar las gracias por seleccionar nuestra oficina y confiar la salud y la preciosidad de tus ojos. Nos vamos a esforzar para proveer té con el mejor cuidado disponible para su visión. La salud de sus ojos y el desempeño óptima de la visión es nuestra preocupación principal.