

Otro _____

O.M. _____

Iniciales: _____

Fecha: _____

COMPLETAR TODO POR FAVOR

HISTORIAL MÉDICO

Correo electrónico (Email) _____ Idioma preferido _____ Prefiere que nos Email
comuniquemos Correo postal
Apellido _____ Primer nombre _____ con usted por: Teléfono
Dirección _____ Teléfono _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono Celular _____
Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenino Ocupación _____
Tutor (si aplica) _____ Relación o Parentesco _____ Último examen de la vista _____

¿Tiene seguro de la vista? No Sí

Si la respuesta es sí, indique el nombre de la compañía de seguro _____

Nombre del afiliado _____

Número de seguro social del afiliado _____ Fecha de nacimiento del afiliado _____

¿Tiene seguro médico? No Sí

Si la respuesta es sí, indique el nombre de la compañía de seguro _____

Nombre del afiliado _____

Número de seguro social del afiliado _____ Fecha de nacimiento del afiliado _____

¿Tiene Medicare? No Sí

Nombre del médico de atención primaria _____

Dirección del médico de atención primaria _____

Teléfono del médico de atención primaria _____

Referido por: _____ Firma: _____

Historial médico

¿Es alérgico a algún medicamento? No Sí Si la respuesta es sí, explique _____

Enumere los medicamentos que está tomando (incluyendo anticonceptivos orales, medicamentos que adquiere sin receta médica y remedios caseros)

1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____

Enumere todas las lesiones, cirugías y/u hospitalizaciones mayores que haya tenido _____

Enumere todas las enfermedades que haya tenido de la siguiente lista: estrabismo, ambliopía, párpado caído, glaucoma, cataratas, enfermedades de la retina, infecciones oculares o lesiones oculares _____

¿Está embarazada y/o lactando? No Sí Si está embarazada, ¿cuántas semanas tiene? _____ ¿Fecha de parto? _____

¿Usa anteojos/gafas? No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuántos años tienen sus anteojos/gafas? _____

Tipo de lente: Distancia Bifocal Progresivo Otro _____

¿Usa lentes de contacto? No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo tiene con su par actual? _____

¿Son cómodos? No Sí

Tipo de lentes de contacto: Blandos Gas permeable Híbridos Otro _____

¿Qué marca de lentes de contacto usa? _____

¿Con qué frecuencia desecha sus lentes de contacto? _____

¿Está interesado en lentes de contacto? No Sí

[Continuar en la siguiente página]

Historial médico familiar

Indique por favor si alguien en su familia ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones:

Enfermedad/Condición	Yo	Un familiar	Nadie	Enfermedad/Condición	Yo	Un familiar	Nadie
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta (Hipertensión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desprendimiento o enfermedad de la retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras _____				Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Otras _____			

Historial Social

Esta información es estrictamente confidencial. Sin embargo, si lo prefiere puede hablar directamente con el médico al respecto.
 Sí, prefiero proporcionar la información de mis antecedentes sociales directamente al médico.

¿Conduce? No Sí Si la respuesta es sí, indique si tiene dificultades visuales cuando conduce? No Sí

¿Tiene alguna restricción de la vista en su licencia de conducir? No Sí

Consumo tabaco: Nunca he fumado Ex fumador Fumador actual de todos los días Fumador actual de algunos días
 Fumador, no se conoce el estatus actual Actualmente usa tabaco que no produce humo

Consumo alcohol: Nunca En ocasiones sociales 1 a 2 bebidas diariamente Por encima del promedio
 Dependencia química

Consumo narcóticos/drogas: Nunca Con fines recreativos Dependencia química

Enfermedades de transmisión sexual No Sí VIH Positivo Otra _____

Revisión de los sistemas

Actualmente o alguna vez ha tenido problemas en las siguientes áreas:

	Sí		Sí		Sí
Constitución		Óptico (continuación)		Vascular/Cardiovascular	
Fiebre, Pérdida/Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	Sensación de cuerpo extraño	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Integumentario		Exceso de lagrimeo/acuosidad	<input type="checkbox"/>	Dolor en el corazón	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a la luz/brillo	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta (Hipertensión)	<input type="checkbox"/>
Neurológico		Dolor o molestia ocular	<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Infección crónica de ojo o párpado	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal	
Migrañas	<input type="checkbox"/>	Orzuelos o chalazión	<input type="checkbox"/>	Diarrea crónica	<input type="checkbox"/>
Convulsiones/Ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	Destellos/Flotadores en la visión	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/>
Óptico (de los ojos)		Ojos cansados	<input type="checkbox"/>	Genitourinario	
Pérdida de visión	<input type="checkbox"/>	Endocrino		Genitales/Riñones/Vejiga	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	Tiroides/Otras glándulas	<input type="checkbox"/>	Óseo/Articular/Muscular	
Visión distorsionada/Halos	<input type="checkbox"/>	Oído, nariz, boca, garganta		Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>
Pérdida de visión lateral	<input type="checkbox"/>	Alergias/Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	Dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/>
Sequedad	<input type="checkbox"/>	Moqueo o goteo nasal	<input type="checkbox"/>	Linfático/Hematológico	
Secreción de mucosidad	<input type="checkbox"/>	Goteo post-nasal	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>
Sensación arenosa	<input type="checkbox"/>	Sequedad en garganta/boca	<input type="checkbox"/>	Alérgico/Inmunológico	
Picazón	<input type="checkbox"/>	Respiratorio		Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>
Ardor	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>		
		Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>		
		Enfisema	<input type="checkbox"/>		

Si respondió con un sí a cualquiera de las opciones previamente mencionadas o si padece alguna enfermedad que no se incluyó en la lista, por favor explique: _____

Firma del médico _____ Fecha _____