

Dr. Kevin Hirano Optometric Corporation

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____ Fecha De Nacimiento: _____
Correo Electrónico: _____

1. ¿Tiene o ha tenido algún problema grave relacionado con la SALUD OCULAR (lesiones, cirugías incluyendo LASIK/PRK/Cataratas o enfermedades)? SI/NO. En caso afirmativo, explíquelo por favor:

2. ¿Alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes (en condiciones normales de visión): destellos de luz brillantes en su visión? SÍ NO. ¿Pequeños puntos o líneas flotando en tu visión? SÍ NO. ¿Algún otro síntoma inusual? SÍ NO. En caso afirmativo, explíquelo por favor:

3. ¿Tiene algún problema de salud general (diabetes, retinopatía diabética, presión arterial alta, colesterol alto, etc.)? SÍ/NO. En caso afirmativo, explíquelo por favor:

4. ¿Está usted tomando actualmente algún medicamento con o sin receta? SÍ NO. En caso afirmativo, indique cada medicamento y el motivo para tomarlo.:

5. ¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? SÍ NO. En caso afirmativo indique:

6. ¿Tienes alergias estacionales? SÍ / NO.

7. Mujer, ¿estás embarazada? SÍ NO. ¿Amamantamiento? SÍ / NO

8. ¿Fuma usted? SÍ / NO.

9. Existe algún antecedente FAMILIAR (consanguíneo) de alguno de los siguientes problemas de salud ocular? Marque todo lo que corresponda y enumere su relación con usted

YES	NO		Relacion
___	___	Glaucoma	_____
___	___	Desgarro/desprendimiento de retina	_____
___	___	Degeneración macular	_____
___	___	Otro: _____	_____