

Nombre del paciente _____

Fecha _____

Médico de Atención Primaria _____

Médico Referente _____

Please indicate if you currently or have had any of the following medical conditions:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Tumor cerebral | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cancer (<i>Tipo/Ubicación</i>) _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Actualmente embarazada o amamantando |
| <input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la próstata | |

Indique si actualmente tiene afecciones oculares pasadas y/o presentes:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blefaritis | <input type="checkbox"/> Ojo vago | <input type="checkbox"/> Iritis | <input type="checkbox"/> Lesión ocular |
| <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética | <input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | <input type="checkbox"/> LASIK/PRK/RK |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Visión doble. | <input type="checkbox"/> Trasplante de córnea | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina |

Enumere cualquier cirugía ocular o tratamiento con láser anterior:

Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente:

¿Tienes alergias, reacciones a medicamentos o problemas con la anestesia?? Sí No
 En caso afirmativo, sírvase describir:

Historia Social

- | | | | |
|--|--------------------------------|--|--|
| Alcohol | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente |
| Tabaco (<i>cigarrillos, puros, masticar</i>) | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Anterior (año de renuncia: _____) | <input type="checkbox"/> Actual (años de uso: _____) |
| Consumo de drogas recreativas | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Anterior | <input type="checkbox"/> Actual |

Historia Familiar

	Padre	Madre	Hermanos
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos musculares de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si se va a someter a una evaluación/examen de cataratas, complete el cuestionario de cataratas que se encuentra al otro lado de este formulario.

Responda las siguientes preguntas para ayudar a nuestros médicos a atender mejor sus necesidades visuales.

1. ¿Usas lentes de contacto?	SÍ	NO	
En caso afirmativo, ¿son:	LENTE DE CONTACTO BLANDOS	LENTE RÍGIDOS PERMEABLES AL GAS	
En caso afirmativo, ¿son para:	SÓLO A DISTANCIA	MULTIFOCAL	MONOVISIÓN (un ojo para ver a distancia, un ojo para leer de cercas)
2. ¿Ha tenido alguna cirugía ocular anteriormente?	SÍ	NO	
3. ¿Ha tenido un golpe severo causado por trauma en alguno de sus ojos?	SÍ	NO	
4. ¿Toma (o ha tomado anteriormente) algún medicamento para la próstata, los riñones, la vejiga o la orina? Flomax (tamsulosina), Proscar (finasterida), Hytrin (terazosina), prazosina, alfuzosina, doxazosina	SÍ	NO	
5. ¿Tienes claustrofobia?	SÍ	NO	
6. ¿Puedes recostarte cómodamente boca arriba durante 1 hora?	SÍ	NO	
7. ¿Tiene temblores en la cabeza, las manos o los pies?	SÍ	NO	
8. ¿Ha tenido alguno de los siguientes en los últimos 6 meses? Cualquier cirugía, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, procedimiento cardíaco, hospitalización, cambio importante de salud.	SÍ	NO	
9. ¿Toma anticoagulantes? Aspirina, Coumadin (warfarin), Plavix (clopidogrel), Eliquis (apixaban), Pradaxa (dabigatran), Heparina	SÍ	NO	