SPECTOR EYE CARE
CATARACT & LASER SURGERY CENTER

P (203) 853-9900
F (203) 853-1359
www.spectoreye.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO:____ CODIGO: _____

TEL #: _____ TRABAJO #: _____ CELULAR #: _____

E-MAIL: _____ RETIRADO SI ☐ NO ☐

ESTADO CIVIL: C ☐ D ☐ S ☐ V ☐ NACIMIENTO: ____/ ____/ ____ EDAD: ___ SEXO: H ☐ M ☐

ESTA VISITA ES RELACIONADA CON SU TRABAJO? SI ☐ NO ☐ EMPLEADOR: _____

REFERIDO POR: _____ REF. MÉDICO TEL #: _____

REF. MÉDICO DIRECCIÓN: _____

HISTORIA DEL PACIENTE

HISTORIA OCULAR

- ☐ OJO SECO
- ☐ CATARATA
- ☐ GLAUCOMA
- ☐ OJO PEREZOSO
- ☐ DEGENERACIÓN MACULAR
- ☐ DESPRENDIMIENTO DE RETINA
- ☐ RETINOPATÍA DIABÉTICA
- ☐ LESIONES OCULARES
- ☐ LISTA DE CIRUGÍA DE OJOS _____
- ☐ LISTA DE ALERGIAS _____

HISTORIA CLÍNICA

- ☐ DIABETES
- ☐ HIPERTENSIÓN
- ☐ ASMA
- ☐ ENFERMEDAD DEL CORAZÓN
- ☐ USO DE ESTEROIDES
- ☐ OTRO _____

HISTORIA SOCIAL

- ☐ Usa drogas - Cuando? _____
- ☐ Bebeo alcohol - Cuanto? _____
- ☐ Fuma - Cuanto? _____

HISTORIA DE FAMILIA

Ha tenido algún familiar (de sangre) cualquiera de las siguientes enfermedades (marque todas las que apliquen);

HISTORIA OCULAR

- ☐ CEGUERA
- ☐ CATARATA
- ☐ GLAUCOMA
- ☐ DESPRENDIMIENTO DE RETINA
- ☐ OTRO _____

HISTORIA CLÍNICA

- ☐ HIPERTENSIÓN
- ☐ ENFERMEDAD DEL CORAZÓN
- ☐ ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
- ☐ DIABETES
- ☐ CANCER
- ☐ ARTRITIS
- ☐ EMFERMEDAD DE LAS TIROIDES

_____ _____

Firma del paciente o persona autorizada Fecha

SPECTOR EYE CARE
CATARACT & LASER SURGERY CENTER

P (203) 853-9900
F (203) 853-1359
www.spectoreye.com

NOMBRE: _____ FECHA DE LA ULTIMA VISITA ____/____/____

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY? _____

☐ OJOS (mala visión, dolor ocular, lagrimeo, enrojecimiento, etc.). _____

Las siguientes actividades (trabajo, Conducir, Leer, Cocinar, Deportes, etc.) Son limitadas debido a mi visión: _____

_____

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE ACTUAL

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes (marque todo lo que corresponda y explique);

☐ GENERAL (fiebre, pérdida de peso, aumento de peso, cansancio, etc) _____

☐ OÍDOS, NARIZ, GARGANTA (problemas de audición, congestión nasal, dolor de oído, tos, boca seca, etc.) _____

☐ CARDIOVASCULAR (sangre alta, pulso alto, corazón rápido, ataque, cirugía bypass, abrilliation auricular). _____

☐ RESPIRATORIO (congestión, sibilancias, dificultad de respirar, asma, enfisema, EPOC, etc.) _____

☐ GASTROINTESTINAL (malestar estomacal, diarrea, estreñimiento, hernia, úlcera, etc.) _____

☐ GENITAL, RIÑÓN, VEJIGA (dolorosa o,micción frecuente, impotencia, ictericia amarilla, etc.) _____

☐ MÚSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES (dolor, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, osteoporosis, etc) _____

☐ PIEL (espinillas, verrugas, crecimientos, erupciones, eczema, psoriasis, etc.) _____

☐ NEUROLÓGICO (entumecimiento, dolor de cabeza, convulsiones, parálisis, apoplejía, etc.) _____

☐ PSIQUIÁTRICA (ansiedad, depresión, insomnio, etc.) _____

☐ ENDOCRINO (diabetes, hipotiroidismo, etc.) _____

☐ SANGRE / LINFÁTICO (sangrado, colesterol, problemas de transfusión de sangre, etc.) _____

☐ ALÉRGICA / INMUNOLÓGICO (estornudos, hinchazón, enrojecimiento, picazón, urticaria, lupus, etc) _____

SOLO PARA MUJERES: Estoy Embarazada ☐ NO estoy embarazada ☐ Iniciales _____

_____ _____
Firma del paciente o persona autorizada Fecha

_____ _____
Firma del miembro de la práctica Fecha