

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

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA SOCIAL

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> OJO SECO | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> Usa drogas - Cuando? _____ |
| <input type="checkbox"/> CATARATA | <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> Bebeo alcohol - Cuanto? _____ |
| <input type="checkbox"/> GLAUCOMA | <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> Fuma - Cuanto? _____ |
| <input type="checkbox"/> OJO PEREZOSO | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZÓN | |
| <input type="checkbox"/> DEGENERACIÓN MACULAR | <input type="checkbox"/> USO DE ESTEROIDES | |
| <input type="checkbox"/> DESPRENDIMIENTO DE RETINA | <input type="checkbox"/> OTRO _____ | |
| <input type="checkbox"/> RETINOPATÍA DIABÉTICA | | |
| <input type="checkbox"/> LESIONES OCULARES | | |
| <input type="checkbox"/> LISTA DE CIRUGÍA DE OJOS _____ | | |
| <input type="checkbox"/> LISTA DE ALERGIAS _____ | | |

HISTORIA DE FAMILIA

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

HISTORIA OCULAR

HISTORIA CLÍNICA

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> CEGUERA | <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> DIABETES |
| <input type="checkbox"/> CATARATA | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> CANCER |
| <input type="checkbox"/> GLAUCOMA | <input type="checkbox"/> ACCIDENTE CEREBROVASCULAR | <input type="checkbox"/> ARTRITIS |
| <input type="checkbox"/> DESPRENDIMIENTO DE RETINA | | <input type="checkbox"/> EMFERMEDAD DE LAS TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> OTRO _____ | | |

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha

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, abricillation 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