



Fecha: _____

PATIENT INFORMATION

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Sexo: Masculino Femenino Altura: _____ Peso: _____

Óptometra/Dirección: _____ Fecha del último examen visual: _____

Doctor General/Dirección: _____ Fecha del último examen físico: _____

Farmacia preferida: _____ Ocupación: _____

¿Cuál es la principal razón para visitarnos hoy? _____

¿Tiene algún otro problema visual o de los ojos? _____

ANTEOJOS/ LENTES DE CONTACTO

¿Está usando anteojos? Si No Permanentes Ocasionales De lejos Para leer Multifocales

¿Desde cuándo tiene sus anteojos? _____

¿Está usando lentes de contacto? Si No ¿Estaría interesado en un nuevo diseño en lentes de contacto? Si No

¿Desearía discutir opciones para cirugía refractiva láser o de cataratas? Si No

USO DEL COMPUTADOR

¿Cuántas horas al día usa el computador, la tableta, el teléfono o juegos de video?

0-2 horas 2-4 horas 4-6 horas Más de 6 horas

¿Usa anteojos para computador? Si No

¿Desearía usar anteojos especiales para facilitar el trabajo en computador? Si No

DEPORTES Y RECREACIÓN

¿En cuáles deportes/hobbies participa? _____

¿Usa algún tipo especial de anteojos para la práctica de su deporte/hobbies? _____

¿Usa anteojos de sol con receta? Si No ¿Es usted sensible a luz brillante? Si No

OJOS RESECOS-PREGUNTAS *Por favor seleccione la mejor opción que se acomode a su condición de resequead en los ojos:*

Severidad de los Síntomas	0	1	2	3	4
Resequedad, abrasión					
Inflamación o irritación					
Sensación de quemazón/lagrimeo					
Fatiga o cansancio en los ojos					

- 0 - Sin problemas
- 1 - Tolerable (*no perfecto pero tampoco incomodo*)
- 2 - Incomodo (*irritante pero no interfiere con mi rutina diaria*)
- 3 - Molesto (*irritante e interfiere con mi rutina diaria*)
- 4 - Intolerable (*incapaz de realizar mis tareas diarias*)

Frecuencia de los Síntomas	0	1	2	3
Resequedad, abrasión				
Inflamación o irritación				
Sensación de quemazón/lagrimeo				
Fatiga o cansancio en los ojos				

- 0 - Nunca
- 1 - A veces
- 2 - Frecuente
- 3 - Constante

Uso Oficial

Iniciales Estudiante _____

Iniciales Doctor _____

Por favor seleccione solamente las casillas que se aplican. Casillas en blanco significan "no".

Sistemas del Cuerpo

	Síntomas	Si
Alergias	Por temporada	
	Penicilina	
	Sulfas	
	Neomicinas	
	Anestésicos o droga de "Cain"	
	Comida:	
	Otro:	
Cuerpo	Fiebre inexplicada	
	Pérdida de peso sin razón	
	Fatiga sin razón	
Cardiovascular	Dolor en el pecho	
	Dificultad para respirar	
	Latidos irregulares del corazón	
	Bajas pulsaciones del corazón	
Sistema Endocrino	Incremento en los deseos de orinar	
	Incremento en la sed	
	Incremento en el apetito	
Gastrointestinal	Constipación	
	Diarrea	
	Dolor inexplicado en el abdomen	
	Vomito de sangre	
	Sangre en las heces fecales	
Genitourinario	Ardor al orinar	
	Dificultad para orinar	
	Sangre en la orina	
Cabeza	Dolor constante en la garganta	
	Pérdida de audición	
	Enronquecimiento de la voz	
	Flujo en la nariz o los oídos	
	Perdida del olfato	
	Congestión nasal	
	Dificultad para tragar	
	Ampollas-ulceras en la boca	
Sistema Sanguíneo/ Linfático	Glándulas inflamadas	
	Anemia	
	Hematomas frecuentes	
Sistema Inmunológico/ Piel	Historia de infecciones	
	Brotos inexplicados en la piel	
	Picazón constante	
	Eczema en la piel	
Huesos/ Músculos	Lesiones con pigmento/color	
	Dolor en las articulaciones	
	Dolor muscular inexplicado	
	Restricción en el movimiento	
Sistema Nervioso	Dolor en la columna	
	Debilidad muscular	
	Hormigueo en las extremidades	
	Mareos	
Salud Mental	Desmayos	
	Depresión continua	
	Pérdida temporal de la memoria	
	Desorientación	
Sistema Respiratorio	Demencia	
	Falta de respiración	
	Tos constante	
	Silbidos al hablar/respirar	

Historia de los ojos

Condiciones	Si	Cirugías	Si
Posible glaucoma		Cataratas	
Cataratas		Glaucoma	
Degeneración de la mácula		Desprendimiento de retina	
Uveitis		LASIK	
Desprendimiento de retina		Laser	
Ojo desviado-perezoso		Párpados	
Trauma/Golpe		Inyecciones en el ojo(s)	
Otro:		Otro:	

Historia Médica

	Si		Si
Diabetes		Ataque al corazón	
Presión arterial alta		Derrame cerebral	
Colesterol alto		Cancer	
Desordenes de la tiroides		Asma/COPD	
Apnea del sueño		Enfermedades renales	
Embarazada		Artritis	
Lactando		Otro:	

Historia Familiar

Ocular	Si	Medical	Si
Glaucoma		Diabetes	
Degeneración de la mácula		Hipertensión	
Ojo desviado(s)		Cancer	
Ceguera nocturna		Enfermedades cardíacas	
Keratoconus		Migraña	
Otro:		Otro:	

Historia Social

	Si		Si
Ha fumado en el pasado		Toma alcohol	
Fuma actualmente		Usa/consume drogas	

Medicinas*

Nombre	Dosis	Uso

*Por favor incluya los medicamentos sin receta, gotas para los ojos, vitaminas, anticonceptivos y suplementos.

Certifico que la información contenida en esta página es vigente y sin cambios. Se requiere firma anual.

Firma del Paciente

Fecha