

Medical History Form

Patient ID # _____
la fecha de hoy _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ edad _____ género M/ F

Doctor Principal _____ La localidad _____

Oculista anterior _____ La localidad _____

Especialista Actualmente viendo _____ La Localidad _____

Nombre de la farmacia _____ La Localidad _____

Haga una lista o por favor de una copia de todos los medicamentos que está tomando? _____

Es alérgico algún medicamento? Sí No Indique _____

¿Cuál es la razón por la que estamos viendo hoy? _____

¿Ha tenido problemas graves de los ojos o cirugía de ojos en el pasado? Sí o no explique por favor.

Cualquier otra enfermedad grave que haya tenido antes por favor explique con fecha aproximada? _____

Otras cirugías pasadas? _____

Cómo se enteró de nosotros?

- Médico de referencia en caso afirmativo qué médico?
- Amigo / Familiar en caso afirmativo por? _____
- Publicidad cuál _____
- otro _____
- Pagina web _____

¿Usted o un miembro de su familia alguna vez a tenido:

____ Glucoma ____ Derrame ____ Hipertencion ____ la generacion macula ____ Diabetis ____ Alto colesterol
____ Cataratas ____ Cancer ____ enfermedad vascular ____ desprendimiento de retina ____ amblyopia(ojo perezoso)

Historia de salud marque si o no:

Recivio la Vacuna de la gripa? Si ____ No ____

Recivio la Vacuna de neumococal? Si ____ No ____

historia de fumar(paquetes por día)Si ____ No ____

El alcohol consumido: (bebidas por semana)Si ____ No ____

Mujeres : ¿Está embarazada ? Sí ____ No ____

Indique si a tenido caidas en el ultimo ano- Si ____ No ____ Si tuvo caidas explique /cuantas fueron/ si se lastimo? _____

Por favor marque lo que aplique a usted:

- | | | |
|--|---------------------------------|---|
| ____ La ganancia o pérdida de peso | ____ Dolor en el pecho(angina) | ____ Ardor de estómago frecuente |
| ____ úlcera | ____ La fatiga inexplicable | ____ Latido irregular del corazón |
| ____ Hepatitis | ____ Cáncer | ____ Fiebre inexplicable |
| ____ El colesterol elevado | ____ Colitis / diverticulitis | ____ Derrame |
| ____ Sinusitis | ____ Enfisema | ____ Enfermedad renal(diálisis) |
| ____ VIH / Sida | ____ Nariz o garganta problemas | ____ Asma |
| ____ Agrandamiento de la próstata | ____ Depresión | ____ Con problemas de audición |
| ____ Bronquitis | ____ Trastorno de la piel | ____ Diabetes |
| ____ Falta de aliento | ____ Trastorno autoinmune | ____ Fiebre de heno |
| ____ Ataque del corazón | ____ Tos frecuente | ____ Enfermedad infecciosa |
| ____ Ansiedad | ____ La distrofia muscular | ____ Artritis |
| ____ Eczima , urticaria | ____ Lesión en la extremidad | ____ Enfermedad de Parkinson |
| ____ Temblores | ____ Anemia o glándula hinchada | ____ La mulitple esclerosis |
| ____ Migrana (o fuertes dolores de Cabeza) | | ____ La insuficiencia cardíaca congestiva |

Lista de Enfermedades. Psiquiátrico _____

Cualquier otro problema médico que no aparecen indique _____

Las lentes de contacto : si actualmente el uso de lentes de contacto , por favor indictate del siguiente tipo : ____duro ____Suave
La prescripsion _____

Esta interesado en Botox o Fillers? Marque uno: ____Sí ____ No

¿Está interesado en LASIK ? ____ Sí ____ No ____ Tal vez en el futuro.

Sus aficiones y necesidades visuales especiales? _____