

Número de Cuenta: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Quien lo refirio a nuestra practica? _____

Cual es la razon de su vista? _____

Cuando fue su visita mas reciente al Optalmologo? _____

Está usted interesado en la corrección de la visión con láser? _____ Si _____ No

Utiliza lentes con prescripcion? _____ Si _____ No

Si contesto si, necesita una prescpcion mas fuerte? _____ Si _____ No

Cuanto tiempo tiene con sus lentes? _____

Cual es la razon que usas lentes? (Para trabajar, para el computadora, etc..) _____

Esta usted interesado/a en un Nuevo par de lentes? _____ Si _____ No

Está utilizando gotas para los ojos?

Have You noticed the following?

| Nombre de Gotas | Derecho | Izquierdo | | SI | or | NO |
|-----------------|---------|-----------|----------------|-------|----|-------|
| _____ | _____ | _____ | Visión borrosa | _____ | | _____ |
| _____ | _____ | _____ | Descarga | _____ | | _____ |
| _____ | _____ | _____ | Sequedad | _____ | | _____ |
| | | | Dolor de ojos | _____ | | _____ |
| | | | Comezón | _____ | | _____ |
| | | | Rojez | _____ | | _____ |

Otra Medicina (Ex: patillas, insulina, etc)

Alergias a alguna medicina?

Have you had or Have?

Otras alergias: _____

Algún miembro de su familia tuvo o tiene:

| | SI | or | NO | QUIEN |
|----------------------------|-------|----|-------|-------|
| Ceguera | _____ | | _____ | _____ |
| Las cataratas | _____ | | _____ | _____ |
| Los problemas de la córnea | _____ | | _____ | _____ |
| Ojos Cruzados | _____ | | _____ | _____ |
| Diabetes | _____ | | _____ | _____ |
| Cirugía ocular | _____ | | _____ | _____ |
| Glaucoma | _____ | | _____ | _____ |
| Ataque del Corazón | _____ | | _____ | _____ |
| enfermedad de la retina | _____ | | _____ | _____ |
| Un traumatismo en los ojos | _____ | | _____ | _____ |
| Uveítis | _____ | | _____ | _____ |

La Historia Social:

Usted Fuma? _____ Si _____ No

Paquetes Diarios: _____

Toma bebidas alcoholicas? _____

Bebidas por día _____

Are you pregnant? _____

¿Está embarazada? _____

¿Qué marca? _____

| | SI | or | NO |
|----------------------------|-------|----|-------|
| Ansiedad | _____ | | _____ |
| Arthritis | _____ | | _____ |
| Trastorno de la sangre | _____ | | _____ |
| cáncer | _____ | | _____ |
| Las cataratas | _____ | | _____ |
| Depresión | _____ | | _____ |
| Diabetes | _____ | | _____ |
| La boca seca | _____ | | _____ |
| Cirugía ocular | _____ | | _____ |
| Gastrointestinal | _____ | | _____ |
| Glaucoma | _____ | | _____ |
| Ataque del corazón | _____ | | _____ |
| enfermedad del corazón | _____ | | _____ |
| Presión arterial alta | _____ | | _____ |
| HIV/AIDS | _____ | | _____ |
| Hepatitis A, B, C | _____ | | _____ |
| Enfermedad renal | _____ | | _____ |
| Enfermedades Respiratorias | _____ | | _____ |
| Lupus | _____ | | _____ |
| Enfermedad de la retina | _____ | | _____ |
| Piel Rash | _____ | | _____ |
| carrera | _____ | | _____ |
| Cirugías | _____ | | _____ |
| Enfermedad de la tiroides | _____ | | _____ |
| Un traumatismo en los ojos | _____ | | _____ |
| Uveitis | _____ | | _____ |