

Nombre de farmacia: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
 Numero Telefonico: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE

Gracias por escoger nuestra práctica. Fecha: _____
 Apellido _____ Nombre _____ M.I. _____ E-Mail _____
 Fecha de nacimiento _____ Género _____ Como escuchó sobre nosotros? _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____
 Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____
 Ultimos 4 SS # (si aplica) _____ Ocupación _____ ID del Seguro _____
 Fue referido por otro Doctor? Si No Si su respuesta es si que Dr? _____

Historial Ocular

Actualmente usa? Lentes Contactos Ninguno
 Usted tiene alguna dificultad visual cuando lee? Si No
 Usted tiene alguna dificultad visual cuando ve de lejos? Si No
 ¿Está usando actualmente algún medicamento recetado o de venta libre o gotas para los ojos
 Si No Si la respuesta es si, por favor enumere: _____
 Ha tenido cirugía en los ojos? Si No Si la respuesta es si, explique:
 Ojo Derecho - Tipo de cirugía: _____ Fecha: _____
 Ojo Izquierdo - Tipo de cirugía: _____ Fecha: _____
 Se ha lastimado los ojos alguna vez? Si No Si su respuesta fue si, describala: _____

¿Alguna vez ha tenido o tiene alguna de las siguientes condiciones oculares? Por cuanto tiempo? _____

	Actualmente	Pasado	Nunca		Actualmente	Pasado	Nunca
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desgarro de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo perezoso/parche ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa y disminuida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos arenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de plaquenil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación extraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destellos de luz en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchas flotantes en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Costras en el párpado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Párpado caído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____							

HISTORIAL MEDICO

¿Actualmente está siendo tratado por alguno de los siguientes? Hipertensión Diabetes
 Enfermedad cardíaca Accidente cerebrovascular Artritis Otro _____
 ¿Alguna vez ha sido tratado por alguna otra enfermedad grave o condición médica o ha tenido alguna hospitalización o cirugía? En caso afirmativo, explíquelo por favor _____



Enliste los medicamentos que toma, recetados o de venta libre o remedios a base de hierbas.

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, enumere y explique la(s) reacción(es):

Alergias por temporada? En caso afirmativo, enumere y explique la(s) reacción(es) y si toma algo para tratarlas: _____

Revisión de sistemas: ¿Actualmente tiene problemas con alguno de los siguientes?

En caso afirmativo, explíquelo por favor

Fiebre crónica, pérdida/ganancia de peso, fatiga	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Corazón (e.j., dolor en el pecho, latidos irregulares, hipertensión)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Respiratorio (e.j., tos, sibilancias, dificultad para respirar)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Oreja/Nariz/Garganta (e.j. pérdida de audición, sinusitis, dolor de garganta)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Gastrointestinal (e.j. acidez estomacal, dolor de estómago, diarrea)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Urinario (e.j. dolor, micción frecuente, sangre en la orina)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Problemas de la piel (e.j. piel seca, erupciones, dermatitis, picazón)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Musculoesquelético (e.j. dolores musculares, dolor en las articulaciones o hinchazón)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Endocrina (e.j. diabetes, tiroides)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Hematológico/linfático (e.j. leucemia, glándulas agrandadas)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Psiquiátrico (e.j. depresión, ansiedad, confusión)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Neurológico (e.j. entumecimiento, debilidad, dolores de cabeza)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____

Historial Social

Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Use de Alcohol: Nunca Raramente Socialmente/moderado Diario

Uso de Tabaco: Nunca Uso Anterior Actual, cuánto? _____

Uso de drogas recreacionales: Nunca Uso Anterior ¿Actual, qué y cuánto? _____

Historial Medico/Ocular de la familia (ej. diabetes, glaucoma, desprendimiento de retina, degeneración macular)

	Edad aprox, al diagnóstico	Enfermedad Medica/Ocular
Padre	_____	_____
Madre	_____	_____
Hermanos	_____	_____
Niños/as	_____	_____

Según mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Es mi responsabilidad de informar a la oficina de la Dr. de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma del paciente (o guardian, si es menor)

Fecha