

MUCHAS CONDICIONES MÉDICAS Y MEDICAMENTOS AFECTAN LOS OJOS. PORFAVOR AYUDE AL DOCTOR LLENANDO SU HISTORIAL MÉDICO DE LA MANERA MÁS COMPLETA POSIBLE. PORFAVOR ELIJA TODAS LAS CONDICIONES QUE APLIQUEN A USTED .

CONDICIONES RESPIRATORIAS	☐ SÍ	☐ NO	CONDICIONES HEMATOLÓGICAS	☐ SÍ	☐ NO	PROBLEMAS DE OIDO/NARIZ/ GARGANTA	☐ SÍ	☐ NO
ASTHMA	☐ SÍ	☐ NO	ASTHMA	☐ SÍ	☐ NO	PROBLEMAS DE SINUSES	☐ SÍ	☐ NO
EMPHYSEMA	☐ SÍ	☐ NO	CÉLULA FALCIFORME	☐ SÍ	☐ NO	PROBLEMAS DENTALES	☐ SÍ	☐ NO
CONDICIONES DE PIEL	☐ SÍ	☐ NO	ALERGIAS	☐ SÍ	☐ NO	DESORDEN NEUROLÓGICO	☐ SÍ	☐ NO
ECZEMA	☐ SÍ	☐ NO	ALERGIA AL POLEN	☐ SÍ	☐ NO	MIGRAÑAS	☐ SÍ	☐ NO
ROSACEA	☐ SÍ	☐ NO	SYNDROME DE SJOGREN	☐ SÍ	☐ NO	DOLORES DE CABEZA	☐ SÍ	☐ NO
DESORDEN ENDÓCRINO	☐ SÍ	☐ NO	ARTRITIS REUMATOIDE	☐ SÍ	☐ NO	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	☐ SÍ	☐ NO
DIABETES	☐ SÍ	☐ NO	LUPUS	☐ SÍ	☐ NO	MIASTENIA GRAVIS	☐ SÍ	☐ NO
DESORDEN DE TIROIDES	☐ SÍ	☐ NO	FIEBRE/FATIGA/PÉRDIDA DE PESO	☐ SÍ	☐ NO	HERIDA DE CABEZA	☐ SÍ	☐ NO
CONDICIONES GASTROINTESTINALES	☐ SÍ	☐ NO	CONDICIONES MUSCULOESQUELÉTICAS	☐ SÍ	☐ NO	DERRAME CEREBRAL	☐ SÍ	☐ NO
ACIDEZ	☐ SÍ	☐ NO	OSTEOPOROSIS	☐ SÍ	☐ NO	PROBLEMAS DE RIÑÓN/ VEJIGA	☐ SÍ	☐ NO
CONDICIONES CARDIOVASCULARES	☐ SÍ	☐ NO	DESORDEN PSIQUIÁTRICO	☐ SÍ	☐ NO	ENFERMEADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	☐ SÍ	☐ NO
PRESIÓN ALTA	☐ SÍ	☐ NO	ANSIEDAD	☐ SÍ	☐ NO	CANCER	☐ SÍ	☐ NO
ATAQUE AL CORAZÓN	☐ SÍ	☐ NO	DEPRESIÓN	☐ SÍ	☐ NO	OPERACIÓN QUIRÚRGICA	☐ SÍ	☐ NO

¿HA EXPERIMENTADO PREVIAMENTE ALGUNA HERIDA, CIRUJÍA O ENFERMEDAD EN LOS OJOS? ☐ SÍ ☐ NO

¿HA EXPERIMENTADO SOMBRAS EN SU VISIÓN, DESTELLOS DE LUZ EN SU VISIÓN, COMEZÓN, SENSACIÓN DE QUEMADURA, ENROJECIMIENTO, SEQUEDAD, DOBLE VISIÓN, VISTA NUBLADA INUSUAL, LAGRIMEO EXCESIVO O PERRILLA/ORZUELO FRECUENTEMENTE EN EL OJO? ☐ SÍ ☐ NO

¿TIENE SENSIBILIDAD A LA LUZ O DESLUMBRAMIENTO CUANDO CONDUCE O NO ESTA BAJO TECHO? ☐ SÍ ☐ NO ☐ AVECES
¿TIENE PROBLEMAS CON EL DESLUMBRAMIENTO O FATIGA EN LOS OJOS CUANDO USA UNA COMPUTADORA? ☐ SÍ ☐ NO ☐ AVECES

¿ESTÁ SIENDO TRATADO POR ALGUNA OTRA CONDICIÓN MÉDICA? ☐ SÍ ☐ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, PROFAVOR DESCRIBA

PORFAVOR ENLISTE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTÉ TOMANDO ACTUALMENTE (INCLUYENDO HORMONAS, VITAMINAS, ANTICONCEPTIVOS, ASPIRINA, OTROS ANTIINFLAMATORIOS, GOTAS DE OJOS, ETCÉTERA: ☐ NINGUNO

FECHA DE SU ÚLTIMA EVALUACIÓN DE SALUD _____ FECHA DE SU ÚLTIMO EXAMEN DE VISTA _____ PROVEEDOR DE CUIDADO DE VISTA PREVIO _____

¿ESTÁ EMBARAZADA O AMAMANTANDO? ☐ SÍ ☐ NO ☐
¿FUMA O USA TABACO? ☐ SÍ ☐ NO ☐ _____ MENOS DE 1 CAJETILLE AL DÍA _____ 1-2 CAJETILLAS AL DÍA _____ 2 CAJETILLAS AL DÍA
¿CONSUME ALCOHOL? ☐ SÍ ☐ NO ☐ _____ SOCIAL _____ 1-2 BEBIDAS AL DÍA _____ MÁS QUE PROMEDIO _____ DEPENDENCIA
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? ☐ SÍ ☐ NO ☐ SI LA RESPUESTA ES SÍ, PORFAVOR ENLISTE: _____

INFORMACIÓN DE LENTES DE CONTACTO

¿USA LENTES DE CONTACTO ACTUALMENTE? ☐ SÍ ☐ NO ☐ SI LA RESPUESTA ES SÍ, PORFAVOR MENCIONE LA MARCA: _____

¿POR CUÁNTAS HORAS AL DÍA USA SUS LENTES DE CONTACTO? _____ ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE DESECHA SUS LENTES DE CONTACTO? _____

¿SUS OJOS SE SIENTEN SECOS CUANDO USA LENTES DE CONTACTO? ☐ SÍ ☐ NO ☐ ¿QUÉ USA PARA LIMPIAR SUS LENTES DE CONTACTO? _____

HISTORIA FAMILIAR

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEADES?

CEGUERA*	☐ SÍ	☐ NO	RELACIÓN: _____
CANCER*	☐ SÍ	☐ NO	RELACIÓN: _____
CATARATAS	☐ SÍ	☐ NO	RELACIÓN: _____
DALTONISMO*	☐ SÍ	☐ NO	RELACIÓN: _____
DIABETES*	☐ SÍ	☐ NO	RELACIÓN: _____
GLAUCOMA*	☐ SÍ	☐ NO	RELACIÓN: _____
ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	☐ SÍ	☐ NO	RELACIÓN: _____
PRESIÓN CARDIACA ALTA*	☐ SÍ	☐ NO	RELACIÓN: _____
OJO VAGO*	☐ SÍ	☐ NO	RELACIÓN: _____
DEGENERACIÓN MACULAR*	☐ SÍ	☐ NO	RELACIÓN: _____
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	☐ SÍ	☐ NO	RELACIÓN: _____
DESPRENDIMIENTO DE RETINA*	☐ SÍ	☐ NO	RELACIÓN: _____

*EXÁMENES ADICIONALES PUEDEN SER CUBIERTOS POR SU SEGURO MÉDICO

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

L

FDT

PHOTO

A

O