

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### Historia de Salud del Paciente

Nuevos, y ultimo examen mas de un año de viejo

Doctor o persona que te remitió:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liste las gotas que actualmente estas usando:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liste las vitaminas o medicamentos que actualmente estas tomando:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liste las alergias a comidas/medicamentos/látex:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Historia Social/ Ambiental

Profesión: \_\_\_\_\_

Numero telefonico durante el dia \_\_\_\_\_

Casado o solero? \_\_\_\_\_

Vives en  casa propia  con familia

comunidad de retiro  otro

Estas embarazada?  si  no ¿Para que fecha esperas? \_\_\_\_\_

Fumas?  si  no ¿Cuantos al dia? \_\_\_\_\_

Tomas alcohol  si  no ¿Cuantos al dia? \_\_\_\_\_

Su doctor personal:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Oftalmólogo pasado: \_\_\_\_\_

Quien desea usted que participe en su cuidado? y con quien podemos discutir su cuidado medico?

Esposo/esposa? \_\_\_\_\_ Familiar? \_\_\_\_\_

#### Por cual es su visita hoy?

(escoge todos que aplique)

Tengo una enfermedad de ojos que requiere examinación

Necesito una prescripción para anteojos

Quiero lentes de contacto

No estoy teniendo problemas específico de ojos

Me gustaría una opinión segunda

Estoy teniendo el siguiente problema:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voy a usar mi:  seguro de visión

seguro medico

pago personal

¿Lleva lentes de contacto?  si  no

Mis lentes son  suaves  duros

He usado lentes durante \_\_\_\_\_ años.

Mi solución de limpieza es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dinos acerca de tu historia de ojos:

Has tenido daños a los ojos?  si  no

Si si, describir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Que sepas, tienes alguna enfermedad de ojos o problemas chronicas con tus ojos?

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_