

Time: \_\_\_\_\_

O.M. \_\_\_\_\_

Initials: \_\_\_\_\_

LENE POR FAVOR COMPLETAMENTE

# HISTORIA CLÍNICA

Nombre \_\_\_\_\_  M  F Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Numero Celular \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ultimo examen de la vista \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Tutor (si corresponde) \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de la vista?  No  Si

Si es afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Seguro social del miembro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del miembro \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de medico?  No  Si ¿Tiene Medicare?  No  Si

Si es afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

Nombre de medico primario de cuidado: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Historia clínica

¿Es alérgico a algun medicamento?  No  Si Si es afirmativo, explique \_\_\_\_\_

Enumere los medicamentos que está tomando (incluyendo anticonceptivos orales, aspirina, medicamentos de venta al público remedios caseros)

Enumere todas las heridas, cirugías ó hospitalizaciones mayores que haya tenido \_\_\_\_\_

Enumere todas las enfermedades que haya tenido de la siguiente lista: estrabismo, amblopía, párpado caído, glaucoma, cataratas, enfermedades de la retina, infecciones oculares o lesiones oculares \_\_\_\_\_

¿Está embarazada o lactando?  No  Si

¿Usa antiojos?  No  Si Si es afirmativo, ¿cuánto tiempo tienen sus lentes actuales? \_\_\_\_\_

¿Usa lentes de contacto?  No  Si Si es afirmativo, ¿cuánto tiempo tienen sus lentes actuales? \_\_\_\_\_

Tipo de lentes de contacto:  Rigido  Blando  Uso prolongado  Otro ¿Son cómodos?  No  Si

¿Si ningunos, está usted interesado en lentes de contactos?  No  Si

Con qué frecuencia se deshace de sus lentes de contacto? \_\_\_\_\_

## Historial médico familiar

Por favor indique si ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

Enfermedad	Usted	Familiar	Enfermedad	Usted	Familiar
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trioides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desprendimiento de retina/ Enfermedades de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Historial Social** – Esta información es estrictamente confidencial. Sin embargo, si lo prefiere puede hablar directamente con el médico al respecto.  Si, prefiero proporcionar la información de mis antecedentes sociales directamente al médico.

¿Conduce?  No  Si Si es afirmativo, ¿tiene dificultades visuales cuando conduce?  No  Si

Si es afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Utiliza tabaco o derivados del tabaco?  No  Si

Si es afirmativo, indique tipo/cantidad/hace cuánto tiempo \_\_\_\_\_

¿Bebe licor?  No  Si

Si es afirmativo, indique tipo/cantidad/hace cuánto tiempo \_\_\_\_\_

¿Utiliza drogas ilegales?  No  Si

Si es afirmativo, indique tipo/cantidad/hace cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Ha estado expuesto o ha sido infectado de:  Gonorrea  Hepatitis  VIH  Sifilis  Nada

## Revisión de los sistemas

Actualmente o alguna vez ha tenido problemas en las siguientes áreas:

	Si		Si
<b>Constitución</b>		<b>Oído, nariz, boca, garganta</b>	
Fiebre, Pérdida/Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	Alergias/Polinosis	<input type="checkbox"/>
<b>Dermatológico</b>		Sinusitis	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	Moqueo o goteo nasal	<input type="checkbox"/>
<b>Neurológico</b>		Gotco post-nasal	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	Sequedad en garganta/boca	<input type="checkbox"/>
Convulsiones/Ataques Epilépticos	<input type="checkbox"/>	<b>Respiratorio</b>	
<b>Vista</b>		Asma	<input type="checkbox"/>
Pérdida de visión	<input type="checkbox"/>	Bronquítis	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>
Visión distorsionada/Halos	<input type="checkbox"/>	<b>Vascular/Cardiovascular</b>	
Pérdida de visión lateral	<input type="checkbox"/>	Díabetes	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	Dolor en el corazón	<input type="checkbox"/>
Sequedad	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>
Secreción de mucosidad	<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	Cholestrol	<input type="checkbox"/>
Sensación arenosa	<input type="checkbox"/>	<b>Gastrointestinal</b>	
Picazón	<input type="checkbox"/>	Diarrea crónica	<input type="checkbox"/>
Ardor	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/>
Sensación de cuerpo extraño	<input type="checkbox"/>	<b>Genitourinario</b>	
Exceso de lagrimeo/acuosidad	<input type="checkbox"/>	Genitales/Riñones/Vejiga	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad a la luz/brillo	<input type="checkbox"/>	<b>Oseo/Articular/Muscular</b>	
Dolor o molestia ocular	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>
Infección crónica de ojo o párpado	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	<input type="checkbox"/>
Orzuelos o chalazión	<input type="checkbox"/>	Dolor de articulación	<input type="checkbox"/>
Destellos/Flotadores en la visión	<input type="checkbox"/>	<b>Linfático/Hermatológico</b>	
Ojos cansados	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>
<b>Endocrino</b>		Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>
Tiroides/Otras glándulas	<input type="checkbox"/>	<b>Alérgico/Inmunológico</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>Psiquiátrico</b>	<input type="checkbox"/>

Si su respuesta es afirmativa a una de las opciones anteriormente mencionadas o tiene una enfermedad que no se incluyó en la lista, por favor explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Angélica Pérez, O.D.

Patricia Pérez Vorona, O.D.