

2252 W. Cermak Road, Chicago, IL 60608

Otro \_\_\_\_\_

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

25 E. Washington Street, Ste. 820, Chicago, IL 60602

Iniciales: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

COMPLETAR TODO POR FAVOR

## HISTORIAL MÉDICO

Correo electrónico (Email) \_\_\_\_\_ Idioma preferido \_\_\_\_\_ Prefiere que nos  Email  
comuniquemos  Correo postal  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ con usted por:  Teléfono  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino Ocupación \_\_\_\_\_  
Tutor (si aplica) \_\_\_\_\_ Relación o Parentesco \_\_\_\_\_ Último examen de la vista \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de la vista?  No  Sí

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

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Número de seguro social del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del afiliado \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico?  No  Sí

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

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Número de seguro social del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del afiliado \_\_\_\_\_

¿Tiene Medicare?  No  Sí

Nombre del médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Dirección del médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Teléfono del médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### Historial médico

¿Es alérgico a algún medicamento?  No  Sí Si la respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_

Enumere los medicamentos que está tomando (incluyendo anticonceptivos orales, medicamentos que adquiere sin receta médica y remedios caseros)

1. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_

Enumere todas las lesiones, cirugías y/u hospitalizaciones mayores que haya tenido \_\_\_\_\_

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

¿Está embarazada y/o lactando?  No  Sí Si está embarazada, ¿cuántas semanas tiene? \_\_\_\_\_ ¿Fecha de parto? \_\_\_\_\_

¿Usa anteojos/gafas?  No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuántos años tienen sus anteojos/gafas? \_\_\_\_\_

Tipo de lente:  Distancia  Bifocal  Progresivo  Otro \_\_\_\_\_

¿Usa lentes de contacto?  No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo tiene con su par actual? \_\_\_\_\_

¿Son cómodos?  No  Sí

Tipo de lentes de contacto:  Blandos  Gas permeable  Híbridos  Otro \_\_\_\_\_

¿Qué marca de lentes de contacto usa? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia desecha sus lentes de contacto? \_\_\_\_\_

¿Está interesado en lentes de contacto?  No  Sí

[Continuar en la siguiente página]

## Historial médico familiar

Indique por favor si alguien en su familia ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones:

Enfermedad/Condición	Yo	Un familiar	Nadie	Enfermedad/Condición	Yo	Un familiar	Nadie
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta (Hipertensión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desprendimiento o enfermedad de la retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras _____				Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Otras _____			

## Historial Social

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

¿Conduce?  No  Sí Si la respuesta es sí, indique si tiene dificultades visuales cuando conduce?  No  Sí

¿Tiene alguna restricción de la vista en su licencia de conducir?  No  Sí

Consumo tabaco:  Nunca he fumado  Ex fumador  Fumador actual de todos los días  Fumador actual de algunos días  
 Fumador, no se conoce el estatus actual  Actualmente usa tabaco que no produce humo

Consumo alcohol:  Nunca  En ocasiones sociales  1 a 2 bebidas diariamente  Por encima del promedio  
 Dependencia química

Consumo narcóticos/drogas:  Nunca  Con fines recreativos  Dependencia química

Enfermedades de transmisión sexual  No  Sí  VIH Positivo  Otra \_\_\_\_\_

## Revisión de los sistemas

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

	Sí		Sí		Sí
<b>Constitución</b>		<b>Óptico (continuación)</b>		<b>Vascular/Cardiovascular</b>	
Fiebre, Pérdida/Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	Sensación de cuerpo extraño	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
<b>Integumentario</b>		Exceso de lagrimeo/acuosidad	<input type="checkbox"/>	Dolor en el corazón	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a la luz/brillo	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta (Hipertensión)	<input type="checkbox"/>
<b>Neurológico</b>		Dolor o molestia ocular	<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Infección crónica de ojo o párpado	<input type="checkbox"/>	<b>Gastrointestinal</b>	
Migrañas	<input type="checkbox"/>	Orzuelos o chalazión	<input type="checkbox"/>	Diarrea crónica	<input type="checkbox"/>
Convulsiones/Ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	Destellos/Flotadores en la visión	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/>
<b>Óptico (de los ojos)</b>		Ojos cansados	<input type="checkbox"/>	<b>Genitourinario</b>	
Pérdida de visión	<input type="checkbox"/>	<b>Endocrino</b>		Genitales/Riñones/Vejiga	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	Tiroides/Otras glándulas	<input type="checkbox"/>	<b>Óseo/Articular/Muscular</b>	
Visión distorsionada/Halos	<input type="checkbox"/>	<b>Oído, nariz, boca, garganta</b>		Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>
Pérdida de visión lateral	<input type="checkbox"/>	Alergias/Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	Dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/>
Sequedad	<input type="checkbox"/>	Moqueo o goteo nasal	<input type="checkbox"/>	<b>Linfático/Hematológico</b>	
Secreción de mucosidad	<input type="checkbox"/>	Goteo post-nasal	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>
Sensación arenosa	<input type="checkbox"/>	Sequedad en garganta/boca	<input type="checkbox"/>	<b>Alérgico/Inmunológico</b>	<input type="checkbox"/>
Picazón	<input type="checkbox"/>	<b>Respiratorio</b>		Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>
Ardor	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>		
		Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>		
		Enfisema	<input type="checkbox"/>		

Si respondió con un sí a cualquiera de las opciones previamente mencionadas o si padece alguna enfermedad que no se incluyó en la lista, por favor explique: \_\_\_\_\_

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

Angélica Pérez, Doctora en optometría (O.D.)

Patricia Pérez Vorona, Doctora en optometría (O.D.)

Otro \_\_\_\_\_

Emily Davis, Doctora en optometría (O.D.)

Guillermo Gamboa, Doctor en optometría (O.D.)