

Fecha de la última revisión ocular: _____ Último doctor: _____

Occupación: _____ Horas al día que usa la computadora: _____

Pasatiempos/Deportes: _____

Esta interesado en cirugía refractiva con láser? S / N

Esta interesado en terapia refractiva de la cornea o lentes de contacto? S / N

Ha usado lentes de contacto? S / N Por que dejó de usar? _____

Utiliza lentes de contacto? S / N Cuantas horas al dia? _____ Cuantos dias por semana? _____

Utiliza gafas? S / N _____ Todo el dia _____ Ver de lejos _____ Ver de cerca _____ Bifocal _____ Computadora

Cuantos años tiene su prescripción para lentes de contacto? _____ Gafas? _____ Usa gafas de sol? S / N

Por favor señale los síntomas que usted tiene:

____ Visión de lejos borrosa ____ Dolor de cabeza ____ Ojos rojos ____ Ojos secos

____ Visión de cerca borrosa ____ Problemas manejando ____ Ojos pican ____ Irritación/Quemazón

____ Visión borrosa por la noche ____ Ojos cansados ____ Ojos llorosos ____ Alergias

____ Visión periferica borrosa ____ Puntos que flotan ____ Visión doble ____ Flashes de luz

____ Sensibilidad a la luz Otros sintomas: _____

Medicamentos o suplementos vitamínicos que toma: _____

Allergies to medications: _____

Historia ocular: Usted Familiar y quien?

Ambliopia (ojo gaudul)..... S / N..... S / N _____

Degeneración de la macula..... S / N..... S / N _____

Desprendimiento de retina..... S / N..... S / N _____

Estrabismo..... S / N..... S / N _____

Glaucoma..... S / N..... S / N _____

Ceguera..... S / N..... S / N _____

Cataratas..... S / N..... S / N _____

Ceguera al color..... S / N..... S / N _____

Ha hecho terapia de visión? S / N Cuando? _____ Por qué motivo? _____

Ha tenido una lesión o cirugía en los ojos? S / N Por qué motivo? _____

Historia médica: Usted Familiar y quien?

Psiquiatrico (ej: depresión)..... S / N..... S / N _____

Alergias/Inmunológico (lupus)..... S / N..... S / N _____

Cardiovascular (presión arterial alta, colesterol)..... S / N..... S / N _____

Respiratorio (asma, COPD)..... S / N..... S / N _____

Neurológico (embolia, esclerosis multiple, migrañas)..... S / N..... S / N _____

Musculoesquelético (artritis, fibromyalgia)..... S / N..... S / N _____

Integumentario (acné o problemas de la piel)..... S / N..... S / N _____

Endocrino (diabetes, tiroides)..... S / N..... S / N _____

Gastrointestinal (Crohn's, IBS, acidez)..... S / N..... S / N _____

Como está de salud? (Señale uno) **Bien** **Regular** **Mal**

Otros problemas (ej: cancer, riñones, hígado, SIDA, tuberculosis, hepatitis): _____

Fuma? S / N Ha fumado en el pasado? S / N Cuando? _____

Usa drogas? S / N

Bebe alcohol? S / N Para doctor solamente: Dr. Sig _____

Esta o podría estar embarazada? S / N De cuántas semanas? _____ Para oficina solamente: Tech ID _____