

HISTORIA DEL PACIENTE ADULTO O ADOLESCENTE

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Recomendado por _____

Aseguranza Doctor Clínica Optometrista Familiar Amistad

Médico Familiar _____ Ciudad _____

HISTORIA MEDICA

Razón de su visita: _____

Si tuvo usted una herida en el trabajo por favor indique:

¿En dónde sucedió la herida? _____ Hora _____ Fecha _____

¿Como sucedió la herida? _____

HISTORIA OCULAR

Fecha del último examen de su vista _____ Ultima graduación de lentes _____

¿Usa lentes de contacto?: Si No ¿Cuánto tiempo tiene usando lentes de contacto? _____

Marque cualquiera de los siguientes padecimientos que padezca o haya tenido:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> miopía | <input type="checkbox"/> hipermetropía | <input type="checkbox"/> astigmatismo |
| <input type="checkbox"/> visión borrosa | <input type="checkbox"/> vista débil | <input type="checkbox"/> pérdida de la visión |
| <input type="checkbox"/> glaucoma | <input type="checkbox"/> degeneración macular | <input type="checkbox"/> catarata |
| <input type="checkbox"/> estrabismo | <input type="checkbox"/> desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> ceguera |
| <input type="checkbox"/> otro _____ | | |

¿Ha sufrido anteriormente alguna herida en sus ojos? Si No

Indique tipo de herida _____

CIRUGIA DE OJOS:

<u>Tipo de cirugía</u>	<u>Fecha</u>	<u>Edad</u>	<u>Cirujano</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HISTORIA MEDICA

Marque cualquiera de lo siguiente que padezca o haya tenido:

- diabetes
- enfermedades cardiacas
- infarto
- otro _____
- presión alta
- embolismo cerebral
- artritis reumatoide
- enfermedades del riñón
- cáncer
- (tipo de cáncer _____)

¿Ha estado envuelto en un accidente serio con pérdida del conocimiento? Si No

¿Como sucedió el accidente? _____

HISTORIA QUIRURGICA (cirugía general no indicado previamente en cirugía de ojos)

<u>Tipo de cirugía</u>	<u>Fecha</u>	<u>Edad</u>	<u>Cirujano</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HOSPITALIZACIONES Y ENFERMEDADES GRAVES

<u>Razon por Hospitalización</u>	<u>Fecha</u>	<u>Edad</u>	<u>Médico</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MEDICINAS

Enliste *todas* las medicinas que esté tomando, incluyendo medicinas sin receta como aspirina

_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIA FAMILIAR

Marque cualquiera de lo siguiente que algún miembro de su familia o pariente ha padecido:

<u>Condición</u>	<u>Relación(es)</u>	<u>Condición</u>	<u>Relación(es)</u>
<input type="checkbox"/> desprendimiento de retina	_____	<input type="checkbox"/> estrabismo	_____
<input type="checkbox"/> glaucoma	_____	<input type="checkbox"/> diabetes	_____
<input type="checkbox"/> degeneración macular	_____	<input type="checkbox"/> miopía	_____
<input type="checkbox"/> catarata.....	_____	<input type="checkbox"/> otro.....	_____
<input type="checkbox"/> ceguera.....	_____	causa: _____	_____

ALERGIAS: _____