

CLIFFSIDE EYE CENTER | FORMULARIO DE PACIENTE OCULAR & HISTORIA MEDICA

Nombre:		Fecha:
Edad:	Telefono:	Doctor de Medicina General:
¿Diabético? Si No cuantos años#:		Doctor de Ojos en el Pasado:
¿Como fue recomendado?:		Ultimo examen de ojos:
<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Panfleto <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Correo		Dirección de correo electronico:

Razón por visita: Examen anual / chequeo de lentes de contactos Siente cambio en su visión
 Evaluación Diabética Evaluación de Cataratas Segunda Opinión Evaluación de corrección laser

Sintomas de los ojos:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visión Borrosa (Blurry) | <input type="checkbox"/> Quemazón (Burning) | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz (Light sensibility) |
| <input type="checkbox"/> Ojos Secos (Dry Eyes) | <input type="checkbox"/> Ardor (Irritation) | <input type="checkbox"/> Reflejos / Círculos de anillos (Glare/halos) |
| <input type="checkbox"/> Cataratas (Cataracts) | <input type="checkbox"/> Picazón (Itchy) | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza (Headache) |
| <input type="checkbox"/> Manchas / flotantes (Spots) | <input type="checkbox"/> Lagrimar (Tearing) | <input type="checkbox"/> Mala visión nocturna (Poor Night Vision) |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para leer (Reading problems) | <input type="checkbox"/> Inflamación/Ojo Rojos (Redness) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Migrañas (Migranes) | <input type="checkbox"/> Presión (Pressure) | <input type="checkbox"/> Ojos Cansados (Tired Eyes) |
| | | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

Apunte todas sus Medicinas / Pildoras Recetadas / Gotas de ojo:

Alergia a medicamentos: No Si Por Favor Apunte:

Historia Ocular, Medica, y de Familia

Historia Medica & Revisión de Sistema		Historia Ocular	
<i>Si Mismo</i>	<i>Familia</i>	<i>Si Mismo</i>	<i>Familia</i>
<input type="checkbox"/> Alta presión de Sangre (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Condición del Corazón (Heart Condition)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabético _____ cuantos años (Diabetic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ojos Secos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ambliopía/Ojo Perezoso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias (Respiratory Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desordenes de la retina	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemas de Oreja/Nariz/Garganta(Ears/Nose/Throat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infecciones	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemas de circulación: (Circulatory Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cirugía de los ojos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemas neurologicos (Neurological Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tratamiento de láser	
<input type="checkbox"/> Alergias (Allergies):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LASIK	
<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otra:	

Historia Social: Por favor indica se usted utiliza los siguientes:

Alcol _____ # cuantas bebidas semanal Fuma _____ # cigarillos por día _____ años

¿Usted maneja? Si No Intereses especial y actividades de diversión: _____

¿Cual tipo de anteojos utiliza ahora? Solo una Visión Bifocal Progresivo

¿Esta satisfecho con su anteojos? si no Si no, explique _____

¿Cuál tipo de lentes de contactos utiliza?

¿Cuantas horas al día usa la computadora? 1-3 hrs 3-6 hrs 6+ horas

Preguntas:

Analizado : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 / 201 _____

Revisado Por el Doctor _____

1 23 4 5 6 7 8 9 10 11 12 / 201 _____