Dr. Black's eye associates

(888) EYE-CARE
www.Have2020.com

HISTORIAL MÉDICO INFANTIL

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Pediatra/Médico de atención primaria: _____ Farmacia: _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha del último examen ocular: _____

Etnia: Hispano _____ No hispano _____ Idioma preferido: Inglés/Otro _____ Raza: _____

Síntomas oculares

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Estrabismo			Ardor			Enrojecimiento			Moscas volantes o manchas		
Lagrimeo			Ojos llorosos			Secreción			Visión borrosa		
Exotropía			Picazón			Dolor			Pérdida de visión		

Otro: _____

Revisión de sintomatología: responda SÍ o NO a cada pregunta

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Fiebre			Tos			Irritación			Debilidad muscular		
Fatiga			Dolor en el pecho			Intolerancia al frío			Sangrado/hematomas		
Aumento de la micción			Dolor de garganta			Intolerancia al calor			Alergias estacionales		
Aumento de la sed			Congestión			Alergias alimentarias			Mareo		
Dolor abdominal			Náusea			Dolor de las articulaciones			Dificultad para respirar		
Arritmia			Pérdida auditiva			Inflamación de las articulaciones			Depresión		

Enumere los medicamentos que toma actualmente (incluyendo los medicamentos para los ojos)

Nombre del medicamento:	Dosis	Nombre del medicamento:	Dosis

¿El paciente es alérgico a algún medicamento? SÍ _____ NO _____ En caso afirmativo _____

Historial ocular

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Lesión			Estrabismo			Cataratas			Desprendimiento de retina		
Cirugía			Ojo vago			Glaucoma			Tratamientos con láser		

Cirugía ocular u otro procedimiento _____

Historial médico

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Diabético ____ años.			Oído, nariz, garganta/Sinusitis			Cáncer			Enfermedad cardíaca/ Accidente cerebrovascular		
Hipertensión			Migrañas			Tiroides			Problemas pulmonares		
Enfermedad renal			Trastornos cutáneos			Artritis			Trastornos inmunológicos		
Autismo											

Cirugia / Otra procedimientos _____

Historial familiar

Cataratas		Estrabismo (ojo vago)		Miopía		Desprendimiento de retina	
Diabetes		Ambliopía (mala visión)		Hipermetropía		Glaucoma	

Otro: _____

Historial social

¿Alguien fuma en la casa del niño? SÍ _____ NO _____ ¿El pacienta fuma? SÍ _____ NO _____

Nivel del grado (si corresponde) _____ ¿El paciente a alcanzado las etepas del desarrollo? SÍ _____ NO _____

Aficiones _____