Dr. Black's eye associates

(888) EYE-CARE
www.Have2020.com

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Contacto de emergencia: _____

Farmacia: _____ Médico de atención primaria: _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha del último examen ocular: _____

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

¿Usa lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No ¿Usa anteojos? ☐ Sí ☐ No

Síntomas oculares

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Visión borrosa			Ardor			Secreción			Destellos de luz		
Pérdida de visión			Ojos llorosos			Dolor			Moscas volantes o manchas		
Enrojecimiento			Picazón			Ojos secos			Destellos o halos		

Otro _____

Revisión de sintomatología: responda SÍ o NO a cada pregunta

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

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

Nombre del medicamento:	Dosis	Nombre del medicamento:	Dosis

¿Es usted alérgico a algún medicamento? SÍ _____ NO _____ En caso afirmativo _____

Historial ocular: responda SÍ o NO a cada pregunta

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Cataratas			Degeneración macular			Lesión			Estrabismo/ojo vago		
Glaucoma			Desprendimiento de retina			Cirugía			Tratamientos con láser		

Cirugía ocular u otro procedimiento _____

Historial médico: responda SÍ o NO a cada pregunta

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

Cirugía/Otros procedimientos _____

Mujeres: ¿Está actualmente embarazada o amamantando? ❑ Sí ❑ No

Historial familiar: responda lo que aplica directamente a los familiares de primera generación (madre, padre, hermana, hermano)

Cataratas: SÍ _____ Relación _____ Glaucoma: SÍ _____ Relación _____ Diabetes: SÍ _____ Relación _____

Degeneración macular: SÍ _____ Relación _____ Desprendimiento de retina: SÍ _____ Relación _____

Historial social

¿Fuma? SÍ _____ NO _____ Paquetes al día/años: _____ ¿Es exfumador? SÍ _____ NO _____ ¿Tiene riesgo de sufrir caídas?
SÍ _____ NO _____ ¿Cuántas caídas ha sufrido en el último año? _____ ¿La caída le provocó una lesión? SÍ _____ NO _____