

FECHA DEL EXAMEN: _____

NOMBRE DEL PACIENTE (primer, segundo, apellido): _____

APODO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

CUAL ES LA RAZON DE LA VISITA DE HOY? _____

FUE REFERIDO(a) POR UN DOCTOR? NO SI, Dr. _____

EL PACIENTE ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO? NO SI- enliste los nombres:

NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS	TIPO DE REACCION (EJ: ronchas, comezon, calentura, etc.)

TIENE ALGUNA OTRA ALERGIA NO RELACIONADA A MEDICINAS? NO SI- enliste los nombres:

ALERGIA (ej: pollen, pelo de animal, latex, etc.)	TIPO DE REACCION (EJ: ronchas, comezon, dificultad al respirar, etc.)

EL PACIENTE ESTA USANDO MEDICAMENTOS NO OCULARES? NO SI- enliste los nombres:

NOMBRE/DOSIS DEL MEDICAMENTO	CADA CUANDO LO TOMA	RAZON POR LA CUAL LA TOMA	Dr. QUE LA RECETO

EL PACIENTE ESTA USANDO ALGUN MEDICAMENTO PARA LOS OJOS? NO SI- enliste los nombres:

NOMBRE/DOSIS DEL MEDICAMENTO	CADA CUANDO LO TOMA	RAZON POR LA CUAL LA TOMA	Dr. QUE LA RECETO

EL PACIENTE HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUN PROBLEMA MEDICO? NO SI- por favor enliste:

EL PACIENTE HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUN PROBLEMA OCULAR? NO SI- por favor, enliste:

EL PACIENTE HA TENIDO CIRUGIAS OCULARES EN EL PASADO? NO SI- por favor, enliste:

PROCEDIMIENTO	FECHA DE CIRUGIA	NOMBRE DE EL LUGAR	CIRUJANO

EL PACIENTE HA TENIDO CIRUGIAS NO OCULARES EN EL PASADO? NO SI- por favor, enliste:

PROCEDIMIENTO	FECHA DE CIRUGIA	NOMBRE DE EL LUGAR	CIRUJANO

EL PACIENTE HA SIDO HOSPITALIZADO EN EL PASADO/RECIENTEMENTE? NO SI- por favor, enliste:

RAZON	FECHA DE ADMICION	NOMBRE DE EL HOSPITAL

EL PACIENTE HA TENIDO ALGUN TIPO DE RESONANCIA MAGNETICA (MRI, EEG, etc), NO SI- por favor enliste:

TIPO DE EXAMEN	RAZON DEL EXAMEN	FECHA DEL EXAMEN	NOMBRE DE EL LUGAR	RESULTADOS

EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, EL PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS EN LAS SIGUIENTES AREAS?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SALUD EN GENERAL _____ | <input type="checkbox"/> GLANDULAS/HORMONAS _____ |
| <input type="checkbox"/> OIDOS/ NARIZ/ GARGANTA _____ | <input type="checkbox"/> NEUROLOGICOS _____ |
| <input type="checkbox"/> RESPIRATORIOS/PULMONES _____ | <input type="checkbox"/> CEREBRO/ MENTALES _____ |
| <input type="checkbox"/> CORAZON _____ | <input type="checkbox"/> HUESOS _____ |
| <input type="checkbox"/> DIGESTIVOS _____ | <input type="checkbox"/> SANGRE _____ |
| <input type="checkbox"/> FEMENINO/MASCULINO _____ | <input type="checkbox"/> ALERGIAS/IMMUNOLOGICO _____ |
| <input type="checkbox"/> PIEL _____ | <input type="checkbox"/> OTRO _____ |

HAY HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS OCULARES? NO SI- por favor, enliste:

Por favor, incluya el miembro de la familia y el problema ocular _____