



Children's Eye Physicians
Kids' vision is our mission

Historial Medico del Paciente

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:

Si el paciente fue prematuro: Fecha calculada de parto: _____ Gestacion: _____ Peso al nacer: _____

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 _____

EL PACIENTE VIVE CON: Ambos padres Madre Padre Solo Esposa Tutores Legales