



NUEVO HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

YOUR VISION OUR MISSION

Todo en este cuestionario es estrictamente confidencial y se convertirá en parte de su registro médico.

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

ALERGIAS SIN ALERGIAS

ALERGIAS A MEDICAMENTOS	LA REACCIÓN

ALERGIAS NO MEDICINALES	LA REACCIÓN
Como látex, yodo, etc.	

MEDICAMENTOS NO MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	LA DOSIS	X DÍA

Adjunte una lista si es necesario

Indique cualquier condición por la que haya sido tratado.

Presión arterial alta	Presión arterial baja
Diabetes - Tipo 1	Diabetes - Tipo 2
Artritis	Lupus
Leucemia	VIH
Cálculos renales	Insuficiencia renal
Asma\EPOC	Bronquitis
Enfisema	Tiroiditis de Hashimoto
Enfermedad de Graves	Esclerosis múltiple
Derrame cerebral	Enfermedad arterial coronaria
Ataque al corazón	Reflujo ácido
Enfermedad de Crohn	Migrañas
Cáncer	Otros _____

¿Maneja? SÍ SÓLO LOCALMENTE

¿Recibió la vacuna contra la gripe este año? SÍ NO

¿Se ha caído 2+ veces este año? SÍ NO

¿Recibió la vacuna contra la neumonía? SÍ NO

Por favor, conteste las siguientes preguntas S/N

¿Usa lentes de contacto?	_____
¿Está interesado en usar lentes de contacto?	_____
¿Tiene alguno de estos problemas oculares?	
Glaucoma	_____
Cataratas	_____
Trauma	_____
Ojos cruzados	_____
Enfermedad de la córnea	_____
Desprendimiento de la retina	_____
Degeneración macular	_____
¿Está embarazada o amamantando?	_____

Nombre de la farmacia: _____

Ubicación de farmacia: _____

Cirugías oculares: _____

Otras cirugías: _____

Indique qué parientes consanguíneos tienen lo siguiente (Madre, padre, o hermanos):

Ojos cruzados	_____
Artritis	_____
Ceguera	_____
Cáncer	_____
Cataratas	_____
Diabetes	_____
Retinopatía diabética	_____
Glaucoma	_____
Enfermedad del corazón	_____
Hipertensión	_____
Degeneración macular	_____
Desprendimiento de la retina	_____
Derrame cerebral	_____
Soy adoptado <input type="checkbox"/>	_____

SÓLO DURANTE EL DÍA

NO

¿Toma alcohol? SÍ NO

Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

¿Usa tabaco? SÍ NO

Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

¡Gracias!