

*Bienvenido al Centro para el Cuidado de los Ojos! Por favor responde las siguientes preguntas. Gracias*

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ H \_\_ M\_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Medico General / Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Doctor de la Vista/Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen visual: \_\_\_\_\_

Tiene alguna necesidad visual relacionada con su trabajo: \_\_\_\_\_

Cuál es la principal razón para visitarnos hoy? \_\_\_\_\_

### ANTEOJOS/ LENTES DE CONTACTO

Está usando anteojos? **SI**\_\_ **NO**\_\_ : Permanentes\_\_ Ocasionales\_\_ De Lejos\_\_ Para leer\_\_ Computador\_\_

Está usando lentes de contacto? **SI**\_\_ **NO**\_\_ : Desearía actualizar su prescripción? **SI**\_\_ **NO**\_\_

Desearía saber si usted es buen candidato para usar el ultimo diseño en lentes de contacto? **SI**\_\_ **NO**\_\_

Desearía discutir hoy opciones para cirugía laser? **SI**\_\_ **NO**\_\_

### USO DEL COMPUTADOR

Usa usted el computador? En el trabajo\_\_ : Horas al día\_\_\_\_\_ En la casa: \_\_ Horas al día\_\_\_\_\_

Indique cual de los siguientes síntomas se presenta cuando usa el computador:

Ojos cansados\_\_ Visión borrosa\_\_ Ojos muy secos\_\_ Visión doble\_\_ Dolor de cabeza\_\_ Ojos rojos \_\_

Usa anteojos especiales para computador? **SI**\_\_ **NO**\_\_

Desearía usar anteojos especiales para facilitar el trabajo en computador? **SI**\_\_ **NO**\_\_

### DEPORTES Y RECREACION

Practica algún deporte? \_\_ Cuál? \_\_\_\_\_

Usa lentes de contacto o algún tipo especial de anteojos para la práctica de su deporte?

En cuáles actividades recreativas participa? \_\_\_\_\_

Tiene algún hobby? \_\_\_\_\_

### PROBLEMAS DE LA VISTA Y LOS OJOS

Por favor seleccione todas las opciones que se apliquen.

Visión borrosa\_\_ Desviación de los ojos\_\_ Masa/brotos alrededor de los ojos \_\_ Pérdida de visión\_\_

Perdida de campo visual\_\_ Dolor en los ojos\_\_ Abrasión\_\_ Destellos\_\_ Ojos rojos\_\_ Visión doble\_\_

Alergias y/o comezón en los ojos\_\_ Sensación de cuerpo extraño\_\_ Dolor de cabeza/Migrañas\_\_

Golpes o quemaduras\_\_.

Algún otro síntoma o condición que no se encuentre descrita arriba? \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE SUS OJOS**

Ambliopía (ojo perezoso) Yo\_\_ Familia\_\_\_\_\_ Degeneración de la Mácula Yo\_\_ Familia\_\_\_\_\_

Ceguera Yo\_\_ Familia\_\_\_\_\_ Desprendimiento de Retina Yo\_\_ Familia\_\_\_\_\_

Cataratas Yo\_\_ Familia\_\_\_\_\_ Estrabismo (ojo volteado) Yo\_\_ Familia\_\_\_\_\_

Deficiencia en color Yo\_\_ Familia\_\_\_\_\_ Lesión en el Ojo(s) Yo\_\_ Familia\_\_\_\_\_

Glaucoma Yo\_\_ Familia\_\_\_\_\_ Cirugía en el Ojo(s) Yo\_\_ Familia\_\_\_\_\_

Otra condición/ problema (diferente al uso de anteojos) \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

AIDS/HIV Positivo Yo\_\_ Diabetes Yo\_\_ Familia Esclerosis Múltiple Yo\_\_ Familia

Alergias Yo\_\_ Familia Trauma Craneal Yo\_\_ Familia Embarazo \_\_\_\_\_ Meses\_\_\_\_\_

Artritis Yo\_\_ Familia Corazón Yo\_\_ Familia Problemas Respiratorios Yo\_\_ Familia

Cáncer Yo\_\_ Familia Presión Alta Yo\_\_ Familia Derrame Cerebral Yo\_\_ Familia

Alto Colesterol Yo\_\_ Familia Migrañas Yo\_\_ Familia Tiroides Yo\_\_ Familia

Tiene usted algún otro problema diferente a las condiciones listadas arriba? \_\_\_\_\_

**HISTORIA QUIRURGICA**

Describa todas las cirugías que ha tenido \_\_\_\_\_

**CIRUGIA EN LOS OJOS**

Describa en cuál ojo, el tipo de cirugía y la fecha \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS/GOTAS**

(Incluya medicamentos sin receta) \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS EN GENERAL**

\_\_\_ NO estoy tomando medicamentos \_\_\_ SI. Por favor describa el nombre de las medicinas o suplementos

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

Describa los medicamentos y los efectos \_\_\_\_\_

**HISTORIA PERSONAL**

Información Confidencial. Puede hablar con su doctor en privado si lo desea.

Tabaco \_\_ Alcohol\_\_ Narcóticos\_\_ Enfermedades de Transmisión Sexual\_\_ Transfusiones de Sangre

Otras \_\_\_\_\_