

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL MÉDICO: ¿Ha tenido alguno de los siguientes?

<u>Sistémico</u>	Sí	No	<u>Otro</u>	Sí	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos Hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos Autoinmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Zoster (Zoster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatitis/Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Labial (Herpes Simple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Pulmones</u>	Sí	No	Enfermedad Estomacal/Intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo (Actualmente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema o EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Historial Ocular</u>	Sí	No
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Vascular</u>	Sí	No	Enfermedades de la Córnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojo Vago (Ambliopía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad De La Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión Ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prisma en Anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lista de cirugías oculares: _____

¿Usas gotas para los ojos?: Sí No Nombre de las gotas _____

¿Algún miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

Glaucoma Sí No Degeneración macular Sí No Desprendimiento de retina Sí No

Historia Social:

¿Ha fumado alguna vez? Sí No ¿Consume bebidas alcohólicas? Sí No ¿Consume drogas recreativas? Sí No

MEDICAMENTOS					
Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los medicamentos o remedios de venta libre.					
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Concentración	Con qué frecuencia se usa	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Concentración	Con qué frecuencia se usa

No tengo alergias médicas: _____

Enumere las alergias y reacciones médicas: _____

Firma del paciente

Firma del personal

Fecha