



# HISTORIA OCULAR Y MEDICA EVALUACIÓN INICIAL- PAGINA 1/2

Nombre el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Bienvenido a Warren Cross & Associates. Para asistir a los doctores en el cuidado medico de sus ojos, por favor revise las siguientes condiciones que le aplican a usted o a sus familiares cercanos. Favor de llenar paginas 1 y 2. Gracias.*

## HISTORIA OCULAR:

Que es su queja o situación actual de ojos o vista? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuanto tiempo a tenido este problema? \_\_\_\_\_

	<u>Paciente</u>		<u>Familia</u>		<u>Relación a el Paciente/ Notas</u>
	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
Cataratas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración Macular .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de la Retina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ambliopía .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infracción o daño a el ojo ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____
Cirugía Ocular .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____
Usted usa lentes (anteojos) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____
Usted usa lentes de contacto? .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____

## HISTORIA MEDICA :

Cirugías en los últimos 10 años: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicinas tomando actualmente (incluyendo sin receta/prescripción): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias medicas: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_



# HISTORIA OCULAR Y MEDICA EVALUACIÓN INICIAL- PAGINA 2/2

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## HISTORIA SOCIAL:

Es usted...  soltero(a)  casado(a)  divorciado(a)  viudo(a)

	<i>Si</i>	<i>No</i>		
Usted fuma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paquetes por semana _____	Notas: _____
Usted toma alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad _____	
Usted usa computadora ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día _____	Notas: _____
Usted hace ejercicio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veces por semana: _____	
Usted toma suplementos nutricionales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Que toma: _____	

Profesión actual: \_\_\_\_\_

Pasatiempos: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA Y FAMILIAR / REVISIÓN DE SISTEMAS:

	<u>Paciente</u>		<u>Familia</u>			<u>Paciente</u>		<u>Familia</u>	
	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>		<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Hipertensión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoplejía .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH positivo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno sanguíneo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos crónica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis / Alergias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaqueca (Dolor de cabeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea crónica .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraña .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida/Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sordera .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notas- Técnico/Doctor: \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ (Doctor Initials): \_\_\_\_\_