



LOS OJOS Y SU HISTORIA MEDICA – EVALUACION INICIAL – PAGINA 1

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

*Bienvenido a **Cross Eye Centers**. Para ayudar a nuestros médicos en proveer las necesidades del cuidado de sus ojos, por favor verifique alguna de las siguientes condiciones que se aplican a usted o algún miembro de su familia inmediata. Por favor complete la pagina 1 y 2. ¡Gracias!*

HISTORIAL OCULAR:

	<u>Paciente</u>		<u>Familia</u>		<u>Relación con 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"/>	_____
Macular Degeneración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Retíales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ambliopía (Ojo Perezoso) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heridas en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____
Cirugía de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____
¿Usa Lentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____
¿Usa Lentes de contacto? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____

HISTORIAL MEDICO:

Lista de las cirugías anteriores en los últimos 10 años: _____

Lista de todos los medicamentos actuales (incluyendo medicamentos sin receta): _____

Lista de todas las alergias a medicamentos: _____



Firma del Paciente: _____

LOS OJOS Y SU HISTORIA MEDICA – EVALUACION INICIAL – PAGINA 2

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

HISTORIAL SOCIAL:

Usted es: soltero casado divorciado viudo(a)

Sí No

¿Usted fuma? Paquetes a la semana _____ Notas: _____

¿Toma alcohol? Cantidad _____

¿Usa una Computadora? Horas al día _____ Notas: _____

¿Hace ejercicio? Veces a la semana: _____

¿Toma suplementos

nutricionales ¿Qué toma?:: _____

Ocupación Actual: _____

Pasatiempos: _____

MEDICAL AND FAMILY HISTORY / REVIEW OF SYSTEMS:

	<u>Paciente</u>		<u>Familia</u>			<u>Paciente</u>		<u>Familia</u>	
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>		<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Presión Alta	<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 Congestiva ..	<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"/>
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positive HIV	<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"/>
Desorden de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis/dolor en articulaciones	<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 la 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 la 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"/>	Enfermedad del Riñón	<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"/>	Úlcera	<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 crónica .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores 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"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida/Ganancia de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos Convulsivos	<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"/>
Problemas del Oído.....	<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 del Técnico/Doctor: _____



Firma del Paciente: