



## Forma por Pacientes Nuevos

Nombre: (Primer) \_\_\_\_\_ (M) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Historia Visual

Cuál es la razón por su visita hoy?

\_\_\_\_\_

Tiene otros problemas de los ojos?

\_\_\_\_\_

Cuando fue su último examen de los ojos? \_\_\_\_\_

Yo llevo lentes:  Nunca  Todo el tiempo  Parte del tiempo Si solo parte del tiempo, cuando? \_\_\_\_\_

Yo llevo contactos:  Nunca  Todo el tiempo  Parte del tiempo Si solo parte del tiempo, cuando? \_\_\_\_\_

Son cómodos sus lentes de contacto?  Si  No

Marca de sus lentes de contacto: \_\_\_\_\_  Suaves  Rígidos

Cual solución usa para limpiar los lentes: \_\_\_\_\_

Cuando reemplaza los lentes? \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo ha llevado los corrientes? \_\_\_\_\_

Si ha dejado de llevar lentes de contacto, por qué? \_\_\_\_\_

#### En el pasado ha tenido:

Ceguedad

Ceguedad de colores

Ojo desviado (Estrabismos)

Ojo flojo (Ambliopía)

Queratocono

Glaucoma

Cataratas

Degeneración Macular

Desprendimiento de Retina

Otra enfermedad del ojo

#### Siente ahora:

Dolores de cabeza

Borrosa en la distancia

Borrosa de cercas

Visión doble

Ojos cansados

Estrellas por las luces

Sensibilidad de luces

Orzuelos Frecuentes

Infección de los ojos

Secreción Mucosa

Ojos rojos

Comezón

Ardor

Ojos llorosos

Sequedad

Sensación arenosa

Luces parpadeando

Flotantes

Ptosis (Párpados caídos)

Pérdida de visión lateral

Cirugías o daño de los ojos con fecha:

Cirugías generales de cuerpo:

Cuántas horas al día usa un computadora, tableta o teléfono? \_\_\_\_\_

Algún problema al mirar a las pantallas?: \_\_\_\_\_

## Historia Medical

Nombre del doctor primario: \_\_\_\_\_ Fecha de su última visita: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Ciudad de la farmacia: \_\_\_\_\_

Hace una lista de los medicamentos o vitaminas que tome:  
(si tiene una lista, podemos hacer una copia)

Tiene alergias a cualquier medicamento?:

Usa alguna gota para los ojos?:      Cuantas veces al día/semana usa las gotas?

Si tiene diabetes que era su ultimo número HbA1c? \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_ pies    \_\_\_\_ pulgares      Peso: \_\_\_\_\_ libras

### Tiene problemas crónicos en algunas de estas categorías?

Oídos, Nariz, Garganta

Neurológico (Migrañas, Convulsiones, etc)

Corazón (Alta presión, vesículas)

Psiquiátrico (Ansiedad, Depresión, Insomnio)

Respiratorio (Asma, Apnea de sueño, etc)

Endocrino (Diabetes, Tiroides, etc)

Gastrointestinal (Reflujo, diarrea, etc)

Sangre / Linfa (Colesterol, Anemia)

Genital, Riñones, Vejiga

Alérgica / Inmunológica

Músculos, Huesos, Articulaciones (Artritis, etc)

Otro: \_\_\_\_\_

Piel (Acné, Verrugas, Cáncer de piel, etc)

Esta embarazada o lactando?  Si  No    Que es la fecha de parto? \_\_\_\_\_

**Continúe a la página 3**

