

Fecha de la última revisión ocular: _____ Ultimo doctor: _____

Ocupación: _____ Horas al día que usa la computadora: _____

Pasatiempos / Deportes: _____

Esta interesado en cirugía refractiva con láser? S / N

Esta interesado en terapia refractiva de la cornea o lentes de contacto? S / N

Ha usado lentes de contacto? S / N Por que dejó de usar? _____

Utiliza lentes de contacto? S / N Cuantas Hora al día? _____ Cuantos días por semana? _____

Utiliza gafas? S / N _____ Todo el día _____ Ver de lejos _____ Ver de cerca _____ Bifocal _____ Computadora

Cuantos anos tiene su prescripción para lentes de contacto? _____ Gafas? _____ Usa gafas de sol? S / N

Por Favor señale los síntomas que usted tiene:

___ Visión de lejos borrosa	___ Dolor de cabeza	___ Ojos rojos	___ Ojos secos
___ Visión de cerca borrosa	___ Problemas manejando	___ Ojos pican	___ Irritación / Quemazón
___ Visión borrosa por la noche	___ Ojos cansados	___ Ojos llorosos	___ Alergias
___ Visión periférica borrosa	___ Puntos que flotan	___ Visión doble	___ Destello de luz
___ Sensibilidad a la luz	___ Otros síntomas: _____		

Medicamento o suplemento vitamínicos que toma: _____

Alergias a medicación: _____

Historia Ocular:

	Usted	Familiar y quien?
Ambliopía (ojo gaudul).....	S / N.....	S / N.....
Degeneración de la macula	S / N.....	S / N.....
Desprendimiento de retina.....	S / N.....	S / N.....
Estrabismo.....	S / N.....	S / N.....
Glaucoma.....	S / N.....	S / N.....
Ceguera.....	S / N.....	S / N.....
Cataratas.....	S / N.....	S / N.....
Ceguera al color.....	S / N.....	S / N.....

Ha hecho terapia de visión? S / N Cuando? _____ Por que motivo? _____

Ha tenido una lesión o cirugía en los ojos? S / N Por que motivo? _____

Historia medica:

	Usted	Familiar y quien?
Psiquiátrico (ej: depresión, ansia)	S / N.....	S / N.....
Alergias / Inmunológico (lupus).....	S / N.....	S / N.....
Cardiovascular (presión arterial alta, colesterol).....	S / N.....	S / N.....
Respiratoria (asma, COPD).....	S / N.....	S / N.....
Neurológico (embolia, esclerosis múltiple, migrañas).....	S / N.....	S / N.....
Músculoesquelético (artritis, fibromyalgia).....	S / N.....	S / N.....
Integumentario (acne o problemas de la piel).....	S / N.....	S / N.....
Endocrino (diabetes, tiroides).....	S / N.....	S / N.....
Gastrointestinal (Crohn's, IBS, acidez).....	S / N.....	S / N.....

Como esta de salud? (Señale uno) **Bien Regular Mal**

Otros problema (ej: cáncer, riñones, hígado, SIDA, tuberculosis, hepatitis): _____

Usa drogas? S / N

Para Doctor solamente: Dr. Sig:

Bebe alcohol? S / N

Para oficina solamente: Tech ID:

Esta o podría estar embarazada? S / N De cuantas semanas? _____

Fuma? S / N Ha fumando en el pasado? S / N Cuando? _____