

Name:

Chart:

Date:

### HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Quien lo refirio a nuestra practica?: \_\_\_\_\_

Cual es la razon de su visita?: \_\_\_\_\_

Cuando fue su visita mas reciente al Optalmologo?: \_\_\_\_\_

Utiliza lentes con prescripcion? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Si contesto si, necesita una prescripcion mas fuerte? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Cuanto tiempo tiene con sus lentes? \_\_\_\_\_

Cual es la razon que usas lentes? (para trabajar, uso de computadora, otra actividad?) \_\_\_\_\_

Esta usted interesado/a en un nuevo par de lentes? \_\_\_\_\_

Gotas para los ojo	Derecho	Izquierdo	Ha usted tenido:	SI	NO
--------------------	---------	-----------	------------------	----	----

_____	_____	_____	Enfermedades del corazon	_____	_____
-------	-------	-------	--------------------------	-------	-------

_____	_____	_____	Presion arterial alta/baja	_____	_____
-------	-------	-------	----------------------------	-------	-------

_____	_____	_____	Ataque al corazon	_____	_____
-------	-------	-------	-------------------	-------	-------

Otra medicina: (pastillas, insulina)	_____	_____	Resequedad de la boca	_____	_____
--------------------------------------	-------	-------	-----------------------	-------	-------

_____	_____	_____	Enfermedad de los pulmones	_____	_____
-------	-------	-------	----------------------------	-------	-------

_____	_____	_____	Diabetes	_____	_____
-------	-------	-------	----------	-------	-------

_____	_____	_____	Gastro intestinales	_____	_____
-------	-------	-------	---------------------	-------	-------

Alergias a alguna medicina?:	_____	_____	Arthritis	_____	_____
------------------------------	-------	-------	-----------	-------	-------

_____	_____	_____	Tiroides	_____	_____
-------	-------	-------	----------	-------	-------

Otras alergias: _____	_____	_____	Enfermedades de la sangre	_____	_____
-----------------------	-------	-------	---------------------------	-------	-------

_____	_____	_____	Cancer	_____	_____
-------	-------	-------	--------	-------	-------

A notado lo siguiente?:	SI	NO	Enfermedades de la piel	_____	_____
-------------------------	----	----	-------------------------	-------	-------

Dolor en los ojos	_____	_____	Otros _____	_____	_____
-------------------	-------	-------	-------------	-------	-------

Lagrima	_____	_____	Cirurgias: _____	_____	_____
---------	-------	-------	------------------	-------	-------

Vision nublada	_____	_____	Usted fuma? _____	_____	_____
----------------	-------	-------	-------------------	-------	-------

Picazon de los ojos	_____	_____	Paquetes diarios: _____	_____	_____
---------------------	-------	-------	-------------------------	-------	-------

_____	_____	_____	Toma bebidas alcoholicas? _____	_____	_____
-------	-------	-------	---------------------------------	-------	-------

Tiene o ha tenido usted:	_____	_____	Tragos al dia? _____	_____	_____
--------------------------	-------	-------	----------------------	-------	-------

Cataratas	_____	_____	Esta usted embarazada? _____	_____	_____
-----------	-------	-------	------------------------------	-------	-------

Glaucoma	_____	_____	Historia de uso de lentes de contacto:	_____	_____
----------	-------	-------	--	-------	-------

Inflamacion de la uvea	_____	_____	Usa lentes de contacto? SI NO	_____	_____
------------------------	-------	-------	-------------------------------	-------	-------

Enfermedad de la Retina	_____	_____	Que tipo? (duros, Suaves, Permeables de gas)	_____	_____
-------------------------	-------	-------	--	-------	-------

Trauma a los ojos	_____	_____	_____	_____	_____
-------------------	-------	-------	-------	-------	-------

Cirurgia en los ojos	_____	_____	Que marca? _____	_____	_____
----------------------	-------	-------	------------------	-------	-------

Alguien en su familia a tenido:	_____	_____	Quien: _____
---------------------------------	-------	-------	--------------

Cataratas	_____	_____	_____
-----------	-------	-------	-------

Glaucoma	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

Enfermedades de la retina	_____	_____	_____
---------------------------	-------	-------	-------

Diabetes	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

Problemas de los ojos	_____	_____	_____
-----------------------	-------	-------	-------

Perdida de la vision	_____	_____	_____
----------------------	-------	-------	-------

Ojos cruzados	_____	_____	_____
---------------	-------	-------	-------