

MOTIVO DE VISITA

¿Cuál es la razón principal de su visita hoy? _____

¿Qué servicios está interesado en recibir hoy? (Marque todos los que aplican.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Examen de la Vista General | <input type="checkbox"/> Evaluación para la Corrección de Visión Láser |
| <input type="checkbox"/> Examen para Anteojos | <input type="checkbox"/> Tratamiento para la Infección del Ojo, Lesión u otro Problema Específico (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Examen para Lentes de Contacto | |

¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas oculares o relacionados con la visión?

- | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Borroso a Distancia | <input type="checkbox"/> Dolor de Ojos | <input type="checkbox"/> Resequedad | <input type="checkbox"/> Visión Doble | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la Luz |
| <input type="checkbox"/> Borroso en Cerca | <input type="checkbox"/> Ojos Rojos | <input type="checkbox"/> Lagrimeo | <input type="checkbox"/> Flotadores | <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas con Computadoras | <input type="checkbox"/> Comezón | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Relámpagos | <input type="checkbox"/> NINGUNA DE LAS ANTERIORES |

Por favor proporcione detalles (localización, severidad, duración, tiempo, contexto, etc.) _____

HISTORIA OCULAR DEL PACIENTE

Fecha del último examen de visión: ____/____/____ Nombre de su Optometrista Anterior: _____

¿Dilataron sus ojos? Sí No Usa: Anteojos Lentes de Contacto

Por favor, anote cualquier gotas, pomada para los ojos o vitaminas oculares que utilice: _____

Ha tenido alguno de los siguientes:

- Herida/ Traumatismo en el Ojo
- Cirugía Refractiva/LASIK (año) _____
- Cirugía de Cataratas (año) _____
- Otra Cirugía de Ojo (especificar) _____
- Inyecciones en el Ojo
- Tratamientos con Láser para el Ojo
- Hoyo/Desprendimiento de la Retina
- Otros (especificar) _____
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES**

¿Actualmente tiene?

- Glaucoma
- Cataratas
- Degeneración Macular
- Retinopatía Diabética
- Queratocono
- Otros (especificar) _____
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES**

HISTORIAL MÉDICO

Fecha del último examen físico: ____/____/____ Nombre del Médico: _____

Por favor anote cualquier medicamento que esté tomando: _____

Tiene o ha recibido tratamiento para:

- Presión Arterial Alta
- Colesterol Alto
- Enfermedades del Corazón
- Accidente Cerebrovascular
- Diabetes (diagnosticado año) _____
- Problemas de la Tiroides
- Cáncer
- Artritis
- Problemas de los Senos
- Alergias a Medicamentos (especificar) _____
- Otros (especificar) _____
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES**

Tiene alguien de su familia inmediata:

- Presión Arterial Alta
- Diabetes
- Cáncer
- Glaucoma
- Degeneración Macular
- Queratocono
- Ceguera
- Deficiencia del Color
- Otros (especificar) _____
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES**