

## HISTORIA CLINICA

Para recibir más pronta atención, por favor complete esta forma antes de llegar a nuestra oficina.

Fecha de su cita \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo M o F

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Tel. domicilio \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo \_\_\_\_\_

Patrón \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Núm. de Tel. \_\_\_\_\_

Fecha del último examen de la vista \_\_\_\_\_ Nombre del Anterior Oftalmólogo \_\_\_\_\_

**Información Médica Personal: ¿Tiene problemas con cualquiera de estos síntomas? Si los tiene, favor de marcarlos a continuación.**

Gastrointestinales

Del sistema nervioso

Mentales

Oídos/Nariz /Garganta

Genitourinarios

Endocrinos (Glándulas)

Cardiovasculares

Musculo esqueléticas

Sangre/linfático

Respiratorios

Piel

Alergias/inmunológicas

Dolores de cabeza

Cirugías (tipo y fecha) \_\_\_\_\_

¿Se encuentra en buen estado de salud? Sí  No

¿Alguna reacción alérgica a medicamentos u otras sustancias? Sí  No

Si su respuesta es SI, enumérelas \_\_\_\_\_

Nombre de su médico general \_\_\_\_\_

**Por favor marque SI o NO**

¿Fuma? Sí  No  ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Consume bebidas alcohólicas? Sí  No  ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos? Sí  No  Dé los nombres y frecuencias \_\_\_\_\_

¿Usa o consume otras sustancias? Sí  No

**¿Existe en el historial de su familia cualquiera de lo siguiente? Si su respuesta es Sí, marque en la casilla.**

Diabetes

Glaucoma

Alta presión sanguínea

Degen. Muscular

Separación de retina

Cataratas

Por favor explique los padecimientos que ha marcado. \_\_\_\_\_

**¿Padece de cualquiera de lo siguiente? Si su respuesta es Sí, favor de marcar la casilla.**

Resequedad en los ojos

Cirugía de ojos

Usa lentes

Visión borrosa

Lesiones en los ojos

Usa lentes de contacto

¿Cualquier problema en los ojos en este momento? Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Le interesa la corrección de visión a base de laser? Sí  No

Por favor firme al calce si ha revisado toda la información y que la misma es correcta a su mejor saber y entender.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

