

MOTIVO DE VISITA

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

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

- Examen de la Vista General Evaluación para la Corrección de Visión Láser
 Examen para Anteojos Tratamiento para la Infección del Ojo, Lesión u otro Problema Específico (especificar)
 Examen para Lentes de Contacto _____

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

- Borroso a Distancia Dolor de Ojos Resequedad Visión Doble Sensibilidad a la Luz
 Borroso en Cerca Ojos Rojos Lagrimeo Flotadores Otros (especificar)
 Problemas con Comezón Dolor de Cabeza Relámpagos
 Computadoras **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