SUNY COLLEGE OF OPTOMETRY
UNIVERSITY EYE CENTER

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	MRN:
Ocupación:	Fecha: / /
¿Cuando fue su ultimo examen de los ojos?	Fecha Nac.: / /

	MARQUE UNA CON UN CIRCULO	
¿Usa anteojos?	S	N
¿Usa lentes de contacto?	S	N
¿Le interesaría probar lentes de contacto?	S	N
¿Alguna vez tuvo una cirugía en los ojos?	S	N
¿Alguna vez tuvo lesiones en los ojos?	S	N
¿Alguna ves tuvo una desviación severa del ojo?	S	N
¿Le dijeron que tiene ojo perezoso o ambliopía?	S	N
¿Le dijeron que tiene cataratas?	S	N
¿Le dijeron que tiene glaucoma?	S	N
¿Le dijeron que tiene alguna enfermedad en los ojos?	S	N
¿Alguien de su familia tiene glaucoma?	S	N
¿Alguien de su familia tiene alguna otra enfermedad en los ojos?	S	N
¿Usa computadora?	S	N

Detalle las gotas para los ojos recetadas o no recetadas que usa:

_____
_____
_____
_____
_____

INFORMACIÓN MEDICA GENERAL

¿Cuando fue su ultimo examen físico? _____

Detalle los medicamentos recetados o no recetados que esta tomando:

_____
_____
_____
_____
_____

¿Fue o esta siendo tratado actualmente por alguno de los siguientes problemas?	MARQUE UNA CON UN CIRCULO	
Problemas cardiovasculares / problemas cardiacos *(e.j., alta presión sanguínea, dolor en el pecho, latido irregulares)*	S	N
Problemas respiratorios *(e.j., respiración dificultosa, respiración con silbido, tos, asma)*	S	N
Problemas gastrointestinales *(e.j., acidez, dolor de estomago, diarrea, vómitos)*	S	N
Problemas de endocrinos *(e.j., diabetes, problemas de tiroides)*	S	N
Problemas inmunológicos *(e.j., lupus, sarcoidosis, esclerosis múltiple)*	S	N
Problemas urinarios *(e.j., dolor o molestias, sangre en la orina)*	S	N
Problemas en la piel *(e.j., erupciones, sequedad excesiva)*	S	N
Problemas óseos y musculares *(e.j., dolor muscular, dolor en las articulaciones, articulaciones inflamadas)*	S	N
Problemas neurológicos *(e.j., adormecimiento, debilidad parálisis)*	S	N
Problemas psiquiátricos *(e.j., depresión, ansiedad)*	S	N
Fiebre crónica, aumento / disminución del peso sin explicación, fatiga	S	N
Problemas de oídos / nariz / garganta *(e.j., disminución de la audición, dolor de garganta, problemas de seno)*	S	N
Enfermedades sanguíneas *(e.j., drepanositisis)*	S	N
Otras condiciones medicas no detalladas anteriormente (e.j., cáncer, embarazo, ataque) ESPECIFIQUE _____	S	N
Alergias *(e.j., fiebre del heno, alergias a medicamentos)*	S	N
¿Alguna vez tuvo una cirugía?	S	N
¿Hay casos de diabetes en su familia?	S	N
¿Hay casos de alta presión en su familia?	S	N
¿Hay casos de problemas cardiacos en su familia?	S	N
¿Fuma?	S	N
¿Toma bebidas alcohólicas?	S	N
Si el paciente es menor de 18 anos, ¿tiene las vacunas inmunológicas al día?	S	N

REVISADO POR	FECHA
,O.D.	/ /