

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Día de Hoy _____

ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS

¿Tiene alergias medicamentosas conocidas? SÍ NO

Medicación/Reacción _____

MEDICAMENTOS ACTUALES PARA LOS OJOS (PRESCRITO Y SIN RECETA)

Nombre de la Medicación	Qué Ojo	Frecuencia
_____	Derecho/Izquierda/Ambos _____	_____
_____	Derecho/Izquierda/Ambos _____	_____
_____	Derecho/Izquierda/Ambos _____	_____
_____	Derecho/Izquierda/Ambos _____	_____
_____	Derecho/Izquierda/Ambos _____	_____
_____	Derecho/Izquierda/Ambos _____	_____
_____	Derecho/Izquierda/Ambos _____	_____
_____	Derecho/Izquierda/Ambos _____	_____
_____	Derecho/Izquierda/Ambos _____	_____
_____	Derecho/Izquierda/Ambos _____	_____

MEDICAMENTOS ACTUALES (PRESCRITO Y SIN RECETA)

Nombre de la Medicación	Dosificación	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CAMBIOS EN LA CONDICIÓN MÉDICA (CAMBIOS EN SU SALUD DESDE SU ÚLTIMO EXAMEN)

Condición Médica, Cirugía, Hospitalización	Fecha
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

FIRMA DEL MÉDICO

Matthew P. Traynor, MD _____ Date _____ Kyle G. Thompson, MD _____ Date _____

Jason G. Hooton, MD _____ Date _____ _____ Date _____