



Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Día de Hoy _____

Doctor Primario _____ Último Examen Ocular _____ Realizado por el Dr _____

HISTORIA DEL OJO	TÚ MISMO	FAMILIA	HISTORIA DE CIRUGÍA OCULAR	FECHA
Glaucoma	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
Catarata	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
Retinopatía Diabética	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
Trauma al Ojo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Usas lentes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Visión Deficiente	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A Vezes <input type="checkbox"/> Para Leer	<input type="checkbox"/> Para Manejar
Ojos Cruzados	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Usas contactos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Ojos Secos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Marca _____	Horas/Día _____

HISTORIA MÉDICA	HISTORIA QUIRÚRGICA	FECHA
<input type="checkbox"/> Diabetes _____ años	<input type="checkbox"/> Asma	_____
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Artritis	_____
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Cáncer	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/> COPD	_____
<input type="checkbox"/> Infarto Cerebral/TIA	<input type="checkbox"/> Migrañas	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Convulsiones	_____
<input type="checkbox"/> Hospicio	<input type="checkbox"/> Diálisis	_____

HISTORIA SOCIAL	HISTORIA DE LA ANESTESIA
¿Fumas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Has tenido alguna complicación de la anestesia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Bebes alcohol? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Cambio de peso reciente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Alguna vez le diagnosticaron hipertermia maligna? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ejercicio regular? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Miembros de la familia con hipertermia maligna? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

REVISIÓN DE SISTEMAS			
OÍDO, NARIZ Y GARGANTA	RESPIRATORIO	PSIQUIÁTRICO	SANGRE/GANGLIOS LINFÁTICOS
PROBLEMAS DE AUDICIÓN <input type="checkbox"/>	TOS <input type="checkbox"/>	ANSIEDAD/DEPRESIÓN <input type="checkbox"/>	MORETONES CON FACILIDAD <input type="checkbox"/>
SONANDO EN LOS OÍDOS <input type="checkbox"/>	CONGESTIÓN <input type="checkbox"/>	CAMBIOS DE HUMOR <input type="checkbox"/>	ENCÍAS SANGRANDO <input type="checkbox"/>
VÉRTIGO <input type="checkbox"/>	RESOLLAR <input type="checkbox"/>	DIFICULTAD PARA DORMIR <input type="checkbox"/>	SANGRADO PROLONGADO <input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR	ASMA <input type="checkbox"/>	ENDOCRINO	USO DE ASPIRINA <input type="checkbox"/>
DOLOR DE PECHO <input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL	AUMENTO DE LA SED <input type="checkbox"/>	MUSCULOESQUELÉTICO
MAREO <input type="checkbox"/>	ACIDEZ <input type="checkbox"/>	AUMENTO DEL HAMBRE <input type="checkbox"/>	RIGIDEZ <input type="checkbox"/>
DESMAYOS <input type="checkbox"/>	NÁUSEA/ VÓMITOS <input type="checkbox"/>	AUMENTO DE LA MICCIÓN <input type="checkbox"/>	ARTRITIS <input type="checkbox"/>
DIFICULTAD PARA RESPIRAR <input type="checkbox"/>	ICTERICIA/HEPATITIS <input type="checkbox"/>	AUMENTO DE LA SUDORACIÓN <input type="checkbox"/>	DOLOR EN LAS ARTICULACIONES <input type="checkbox"/>
LATIDO DEL CORAZÓN IRREGULAR <input type="checkbox"/>	URINARIO	CAMBIOS DE UÑAS <input type="checkbox"/>	PIEL
DIFICULTAD PARA ESTAR ACOSTADO <input type="checkbox"/>	DOLOR/DIFICULTAD <input type="checkbox"/>	NEUROLÓGICO	ERUPCIÓN/LLAGAS <input type="checkbox"/>
CONSTITUCIONAL	SANGRE EN LA ORINA <input type="checkbox"/>	CONVULSIONES <input type="checkbox"/>	ECZEMA <input type="checkbox"/>
FATIGA/DEBILIDAD <input type="checkbox"/>	CÁLCULOS RENALES <input type="checkbox"/>	DEBILIDAD/ PARÁLISIS <input type="checkbox"/>	LESIONES <input type="checkbox"/>
FIEBRE <input type="checkbox"/>	HISTORIA DE ETS <input type="checkbox"/>	ENTUMECIMIENTO <input type="checkbox"/>	URTICARIA <input type="checkbox"/>
GANANCIA/PÉRDIDA DE PESO <input type="checkbox"/>	INMUNOLÓGICO	TEMBLORES <input type="checkbox"/>	MDRO (MRSA/VRE/ETC) <input type="checkbox"/>
	VIH/SIDA <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PRIÓNICA <input type="checkbox"/>	

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 _____