



Dr. Ana Lopez

Historial Medico

Fecha _____

Nombre: _____ Numero de teléfono: _____

Dirección: _____

Num. Seguro Social: _____ - _____ - _____ Email: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Doctor Medico: _____ teléfono: _____

Seguro Médico: _____ Seguro de Visión: _____

¿Cuándo fue su última visita con su médico de cabecera? _____

¿Su última consulta de sus ojos? _____ ¿Cómo escucho de nuestra oficina? _____

(Su pago se vence al momento de registro)

Historia Ocular

¿Usa lentes? S N Si, ¿por cuánto tiempo los ha utilizado? _____

¿Usa lentes de contactos? S N Si, ¿por cuánto tienen los ha utilizado? _____

¿Qué tipo de lente de contactos usa? Suaves Duros Lentes extendidos Toric Multifocal Monovisión

Otro tipo _____ ¿Usa sus lentes de contactos Todo el tiempo Medio tiempo? ¿Son confortables? S N

¿Se ha hecho cirugía para corregir sus ojos? (Lasik) S N Si, ¿Cuándo? _____ ¿Qué tipo? _____

Por cuales servicios desea ser evaluado hoy: Lentes de Contactos Lentes Información sobre cirugía de Lasik

Historia Medico

¿Qué medicamentos está tomando? (Incluye anticonceptivos, Aspirina, u otros medicamentos sin receta)

¿Tiene alergias a medicamentos? S N Si, ¿Cuáles?: _____

¿Ha tendido cirugías o hospitalizaciones? _____

_____ ¿Esta embarazada? S N

Seleccione todos los problemas médicos que aplican a usted (pasado y presente): Nada

Ansiedad Artritis Asma Cáncer Enfermedad crónica pulmonaria Diabetes GERD

Perdida de oír Hepatitis Alta Presión SIDA Alto Colesterol Enfermedad de Tiroides

Convulsiones Problemas de Corazón Lupus Alguna otra enfermedad _____

Seleccione todos los problemas relacionados a sus ojos que aplican a usted (pasado y presente): Nada

Glaucoma Cataratas Desplazamiento de la retina Degeneración Macular Ojos cruzados

Ojo 'flojo' Parpado 'caído' Ceguera Infecciones del ojo Otros síntomas _____

Historial Familiar Por favor mencione los familiares con las siguientes condiciones)

(padres, abuelos, hijos, hermano/a vivos o fallecidos) Nada

Ceguera, Cataratas, Glaucoma, Diabetes, Degeneración Macular, Desprendimiento de la Retina, Cáncer, Alta Presión, Enfermedad del Corazón, Lupus: _____

Historial Social (esta información es completamente confidencial)

¿Conduce Ud.? S N Si conduce, ¿tiene dificultad al ver mientras maneja? S N

Por favor describa _____

¿Usa productos de tabaco? S N Si consume, ¿cuánto y por cuanto tiempo lo ha consumido? _____

¿Consumo alcohol? S N Si consume, ¿cuánto y por cuanto tiempo a consumido? _____

¿Consumo droga? S N Si consume, ¿qué tipo, cantidad y por cuanto tiempo a consumido? _____

Reviso de quejas (por favor seleccione todas las que aplican a Ud.) Nada

Ojos

- Resequedad
- Ojos 'arenosos'
- Ardor
- comezón
- Rojos
- Ojos llorosos
- Dolor o irritación
- Desecho
- Flotadores
- Halos
- Perdida de la vista
- Perdida de vista peri feral
- Visión doble
- Vista borrosa
- Sensibilidad de luz

Constitucional

- Fiebre
 - Perdida o aumento de peso
- Temaguntario/ Hematológica**
- Enfermedad de la piel
 - Anemia
 - Cáncer
 - Sensibilidad del cuero cabelludo

Neurológico

- Dolor de cabeza
 - Migrañas
 - Convulsiones
- Oídos/Nariz/Garganta**
- Resequedad en la nariz y garganta
 - Congestión nasal
 - Alergias

Respiratorio

- Tos crónica
- Bronquitis
- Asma
- Enfisema

Siquiatra

- Ansiedad
- Depresión

Musculo-esqueletal

- Artritis
- Dolor Muscular
- Dolor en coyunturas

Gastrointestinal

- Enfermedad Crohn's
- Diarrea
- Estreñimiento

Para Uso del Personal Solamente

Outside Referral: Y N Sunrise (Evans) Adelante Other _____
 Pharmacy _____

Impressions:	FE	Plan:	Follow Up:
1.		1.	1.
2.		2.	2.
3.		3.	3.
4.		4.	4.
5.		5.	5.
6.		6.	6.
CD Ratio		OD:	OS:

Specs	Sphere	Cylinder	Axis	Add	Prism	CL	Sphere	Cylinder	Axis	Add	Prism
Final Rx OD						Final Rx OD					
Final Rx OS						Final Rx OS					

Referral: Sunrise ECNC Other _____ For: _____ Faxed _____

Notes: _____