

Historial Medico

Nombre Completo: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

Fecha De Nacimiento:

___ / ___ / _____ Fecha de su último examen de los ojos: ___ / ___ / _____

Por favor, escriba el nombre de cualquier medicamento que esté tomando (Con ó sin prescripción medica):

Tiene una nueva alergia a algún medicamento después de su última visita ? SI NO

Si su respuesta es SI, anote aquí el nombre del medicamento: _____

Escriba la ó las enfermedades que padece (Glaucoma, diabetes, alta presión, ataques al corazón etc.) ó lesiones:

Ha tenido alguna cirugía (Catarata, amigdalectomía, apendectomía) ú otra tipo, por favor escríbala:

Actualmente Ud. Padece de algún problema en las siguientes áreas?

Marque con una "X", si la respuesta es Si, de mas información en la parte de detalles

	SI	NO	Escriba Mas Detalles
Pérdida de la visión			
Visión borrosa			
Cambios en la visión			
Visión distorsionada (Halos y Puntitos)			
Deslumbramiento y sensibilidad a la luz			
Pérdida de visión en uno de los lados			
Visión doble			
Resequedad			
Mucosidad y secreción			
Enrojecimiento			
Sensación de arena en los ojos			
Picazón			
Ardor			
Sensación de objetos extraños			
Exceso de lagrimas sin razón			
Dolor y ardor de los ojos			
Infección en los ojos ó parpados			
Ojos cansados			
Ojos cruzados (Ojos Bizcos)			
Parpados Caídos			
GENERAL (fiebre, perdida de peso, otros)			
OIDOS, NARIZ, GARGANTA (Dolor de oídos, nariz congestionada. tos, boca reseca etc.)			
CARDIOVASCULAR (Alta y baja presión, palpitaciones etc.)			
RESPIRATORIO (Congestión, silbidos en el pecho)			
GASTROINTESTINAL (Estomago indispuesto, diarrea, constipación etc.)			