



# Historial Medico

Fecha \_\_\_\_\_

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apeido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ M / F  
SSN: \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Telefono (casa) \_\_\_\_\_ Telefono (cell) \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_ Aficiones \_\_\_\_\_  
En caso de emergencia contactar \_\_\_\_\_  
Numero telefonico en caso de emergencia \_\_\_\_\_  
Ultimo examen de sus ojos \_\_\_\_\_ Ultimo examen del ojo dilatado \_\_\_\_\_

## Informacion Medica Personal: Tiene problemas con algunos de lo siguiente?

Si tiene uno de estos por favor de marcarlo:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal     | <input type="checkbox"/> Alta Presion/ Corazon | <input type="checkbox"/> Diabetis             |
| <input type="checkbox"/> Sistema Nervioso     | <input type="checkbox"/> Musculos              | <input type="checkbox"/> Dolores De Cabeza    |
| <input type="checkbox"/> Oidos/Nariz/Garganta | <input type="checkbox"/> Sangre                | <input type="checkbox"/> Sistema Inmunologico |
| <input type="checkbox"/> Systema Urinario     | <input type="checkbox"/> Respiracion           | <input type="checkbox"/> Alergia: _____       |
| <input type="checkbox"/> Psicologico          | <input type="checkbox"/> Piel                  | _____   |

Cirugias (Tipo y Fecha) \_\_\_\_\_

Esta en buena condicion medica? Si No

Tiene reaccion a un medicamento o sustancia? Si No

Si indico si porfavor indique el nombre \_\_\_\_\_

Nombre de su doctor general \_\_\_\_\_

Direccion de su doctor general \_\_\_\_\_

### Porfavor circule Si o No

Fuma? Si No Cuanto? \_\_\_\_\_

Toma Alcohol? Si No Cuanto? \_\_\_\_\_

Toma Medicamento? Si No Lista de los nombres y dosis \_\_\_\_\_

Usa alguna otra sustancia? Si No

Tiene antecedentes familiares de cualquiera de los siguientes?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Degeneracion Macular      |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma     | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina |
| <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Cataratas                 |

Porfavor explique lo que indico \_\_\_\_\_

Tiene alguno de los siguientes?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ojos Rojos                 | <input type="checkbox"/> Ojo seco: Usa gotas lubricantes _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugia de los ojos: _____ | <input type="checkbox"/> Lesiones oculares                     |
| <input type="checkbox"/> Usa lentes                 | <input type="checkbox"/> Usa contactos                         |
| <input type="checkbox"/> Vision borrosa             |  |

Tiene problemas en los ojos en este momento? Porfavor explique:

Esta interesado en la correccion de la vision con laser? Si No

A quien le podemos agradecer por referirlo? \_\_\_\_\_

Porfavor, firme abajo que ha revisado toda la informacion y que es correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha