

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Quien lo refirio a nuestra practica?: _____

Cual es la razon de su visita?: _____

Cuando fue su visita mas reciente al Oftalmologo?: _____

Gotas para los ojo	Derecho	Izquierdo	Ha usted tenido:	SI	NO
_____	_____	_____	Enfermedades del corazon	_____	_____
_____	_____	_____	Presion arterial alta/baja	_____	_____
_____	_____	_____	Ataque al corazon	_____	_____
Otra medicina: (pastillas, insulina)	_____	_____	Resequedad de la boca	_____	_____
_____	_____	_____	Enfermedad de los pulmones	_____	_____
_____	_____	_____	Diabetes	_____	_____
Alergias a alguna medicina?:	_____	_____	Gastro intestinales	_____	_____
_____	_____	_____	Artritis	_____	_____
Otras alergias: _____	_____	_____	Tiroides	_____	_____
A notado lo siguiente?:	SI	NO	Enfermedades de la sangre	_____	_____
Dolor en los ojos	_____	_____	Cancer	_____	_____
Lagrima	_____	_____	Enfermedades de la piel	_____	_____
Vision nublada	_____	_____	Otros: _____	_____	_____
Picazon de los ojos	_____	_____	Cirugias: _____	_____	_____
Tiene o ha tenido usted:	_____	_____	Usted fuma? _____	_____	_____
Cataratas	_____	_____	Paquetes diarios: _____	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	Toma bebidas alcoholicas? _____	_____	_____
Inflamacion de la uvea	_____	_____	Tragos al dia? _____	_____	_____
Enfermedad de la Retina	_____	_____	Esta usted embarazada? _____	_____	_____
Trauma a los ojos	_____	_____	Historia de uso de lentes de contacto:	_____	_____
Cirugia en los ojos	_____	_____	Usa lentes de contacto? SI NO	_____	_____
			Que tipo? (duros, Suaves, Permeables de gas)	_____	_____

Alguien en su familia a tenido: _____ Que marca? _____

Quien:

Cataratas	_____	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	_____
Enfermedades de la retina	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Problemas de los ojos	_____	_____	_____
Perdida de la vision	_____	_____	_____
Ojos cruzados	_____	_____	_____