



HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Médico General: _____ Teléfono: _____

Médico Referente: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____

Teléfono de la Farmacia: _____

Dirección de la Farmacia: _____

Historia Ocular

- Cataratas
- Glaucoma
- Enfermedad diabética del ojo
- Ojos secos
- Ojo perezoso
- Degeneración macular
- Desprendimiento de la retina
- Iritis (inflamación del ojo)

Medicamentos Actuales Para Los Ojos

Nombre	Ojo	Frecuencia
_____	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	_____
_____	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	_____
_____	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	_____
_____	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	_____
_____	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	_____
_____	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	_____
_____	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	_____
_____	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	_____

Cirugía/Láseres/Inyecciones del Ojo

- Cirugía del párpado
- Cirugía de catarata
- Cirugía de glaucoma (trabeculectomía or tubo)
- Laser de glaucoma (Iridotomía láser, trabeculoplastia láser - SLT)
- Cirugía de córnea (LASIK/LASEK/PRK/RK/Trasplante de cornea/DSEAK)
- Laser de la retina (PRP o inyecciones para la retina (Avastin))
- Cirugía de la retina (vitrectomía, cirugía para el desprendimiento de la retina, cirugía para un agujero de la macula)

Si ha tenido trauma en el ojo, por favor explique: _____

Fecha de su último examen de los ojos: _____

Usted usa anteojos? Sí No

Usted usa lentes de contacto? Sí No

En caso afirmativo, qué marca y cuánto tiempo hace que los usa?

Historia Medica del Paciente:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Infarto de corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Perdida de la audición | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Sangramiento | <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Infección de MRSA | <input type="checkbox"/> Otra enfermedades: |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> Marcapaso | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Infección de herpes simplex | <input type="checkbox"/> Neumonía | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Infección de herpes zoster | <input type="checkbox"/> Polimialgia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Carótida | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Enfermedad de próstata | _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Latidos irregulares del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica | |
| <input type="checkbox"/> Demencia | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | | |

Liste cirugías o hospitalizaciones que usted ha tenido:

Medicamentos Actuales (No Del Ojo):

Nombre	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Usted toma o ha tomado Flomax (tamsulosin)?: Sí No

Alergias a Medicamentos:

Ningunas

Alergia al látex
 Alergia a la tintura de contraste

Historia Familiar de los Ojos:

Glaucoma
 Catarata
 Degeneración macular
 Desprendimiento de la Retina
 Ceguera
 Cancer
 Otra: _____

Historia Social:

Fumar: actual fumador
 ex fumador
 nunca fumo paquetes al día _____ años _____
 Alcohol: social/ocasional
 frecuentemente _____ bebidas alcohólicas por día
 Consumo de drogas recreativas _____

Esta usted embarazada? Sí No

Esta usted aquí por una herida relacionada con el trabajo? Sí No

Ha notificado usted a su empleador de su herida relacionada el trabajo?

Sí No

Tiene actualmente algún problema en las siguientes áreas? Marque de acuerdo a su información.

	SÍ	NO	Comentarios
Perdida de vision			
Visión borrosa			
Visión que fluctua			
Visión distorsionada			
Perdida de visión lateral			
Visión doble			
Sequedad			
Descarga de mocus			
Ojos rojos			
Siente los ojos con sensación arenosa			
Picazón			
Ardor			
Sensación de cuerpo extraño			
Exceso de lagrimas			
Sensibilidad a la luz			
Dolor de ojo			
Ojos cansados			
El parpado caído			
Blefaritis			
Ojos cruzados/ojos perezoso			
Problemas de los senos nasales			
Vértigo			

	SÍ	NO	Comentarios
Perdida de la audición			
Zumbido en los oídos			
Dolor de cabeza			
Convulsión			
Derrame cerebral			
Mareo			
Alta presión			
Latidos irregulares del corazón			
Marcapasos			
Diabetes			
Anormalidades de la tiroides			
Sibilancias			
Tos			
Dificultad para respirar			
Artritis			
Dolor de la articulación			
Dolor muscular			
Lupus o Síndrome de Sjogren			
Alergias			
Alergia al polen			
Enfermedad de transmisión sexual			
Frecuencia urinaria			
Cálculos renales			
Diarrea			
Constipación			
Úlcera del estómago			
Problemas de sangramiento			

	SÍ	NO	Comentarios
Anemia			
Erupción cutánea			
Eczema			
Insomnio			
Ansiedad/Depresión			
Perdida o aumento de peso			
Fiebre			
COVID Riesgos: Fiebre, tos, dolor de garganta, debilidad, dolor muscular, perdida del gusto u olfato, vomito, diarrea, contacto con alguien que tiene COVID-19 o síntomas del COVID			
Desfibrilador			
Flomax			
Anticoagulantes			

Nombre Del Paciente: _____

Firma Del Paciente: _____

Fecha: _____