NEW YORK MEDICAL & SURGICAL
EYE CARE

110 East 40th St., Suite 404 New York, NY 10016 Telephone: (212) 242-2200
Fax: (212) 242-3003
Email: info@nyeyecare.com

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Paciente:_____ Fecha de Nacimiento :_____

Médico General:: _____ Teléfono: _____

Médico Referente. _____Teléfono: _____

Farmacia: _____

Teléfono de la Farmacia: _____

Dirección de la Farmacia: _____

Cuál es el motivo de su visita el día de hoy?: _____

Past Ocular History:

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

Current EYE Medications:

Nombre:	Ojo:	Frecuencia:
_____	☐ R ☐ L	_____
_____	☐ R ☐ L	_____
_____	☐ R ☐ L	_____
_____	☐ R ☐ L	_____
_____	☐ R ☐ L	_____
_____	☐ R ☐ L	_____
_____	☐ R ☐ L	_____
_____	☐ R ☐ L	_____
_____	☐ R ☐ L	_____

Cirugía/Láseres/Inyecciones del Ojo:

☐ Cirugía del parpado

☐ Cirugía de catarata

☐ Cirugía de glaucoma (trabeculectomía or tubo)

☐ Laser de glaucoma (lridotomía 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 (vitrectomia, 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 ultimo examen de los ojos: _____

Usted usa anteojos? **Si** ☐ **No** ☐

Usted usa lentes de contacto? **Si** ☐ **No** ☐

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

_____

Past Medical History:

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

_____
_____
_____

Liste cirugías o hospitalizaciones que usted ha tenido:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Medicamentos Actuales (No Del Ojo):

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

Usted toma o ha tomado Flomax (tamsulosin)?:
☐ **Si** ☐ **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/occasional

☐ frecuentemente _____bebidas alcohólicas por día

☐ Consumo de drogas recreativas:

_____

Esta usted embarazada? ☐ Si ☐ No

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

Ha notificado usted a su empleador de su herida relacionada el trabajo? ☐ Si ☐ No

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

	SI	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			
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			
Ulcera del estómago			
Erupción cutánea de sangramiento			
Eczema			
Insomnio			
Hives/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: _____