



**HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE**

Paciente: \_\_\_\_\_

**\* Esta información medica se va añadir a su archivo electrónico durante su próximo examen de vision. La forma historial solamente se completa una vez por paciente. La información sera actualizada electrónicamente durante sus exámenes futuros.**

**RESUMEN DE SISTEMAS DE SALUD: Marque todo que corresponda**

- CONSTITUCIÓN:**  Discapacidades del desarrollo  Cancer  Síndrome de Fatiga Crónica  Otro \_\_\_\_\_
- OIDOS NARIZ GARGANTA:**  Pérdida de la Audición  Sinositis  Resequedad de Boca  Laringitis  Otro \_\_\_\_\_
- NEUROLOGICO:**  Esclerosis Múltiple  Epilepsia  Parálisis Cerebral  Tumor  Migrañas  Autisma /ASD  
 Otro \_\_\_\_\_
- PSICOLOGICO:**  Depresion  TDA/TDHD (El trastorno de deficit de atención y hiperactividad)  
 Trastorno de Ansiedad  Trastorno Bipolar  Otro \_\_\_\_\_
- CARIOVASCULAR:**  Alta Presión Sanguínea  Infartó cerebral (derrame)/Accidente Vascular Cerebral  
 Enfermedad del Corazon  Enfermedad vascular  Insuficiencia Cardiaca Congestiva  Otro \_\_\_\_\_
- RESPIRATORIO:**  Fumador de Cigarrillos  Asma  Bronquitis  Enfisema  
 EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)  Apnea del Sueño  Otro \_\_\_\_\_
- TG (TRACTO GASTROINTESTINAL):**  Enfermedad de Crohn  Colitis  Ulceras  Reflujo ácido  
 Enfermedad Celíaca  Otro \_\_\_\_\_
- GENITOURINARIO:**  Enfermedad de riñones (nefropatía)  Enfermedad de prostata/Cancer  
 Enfermedad de transmisión sexual  Hiperplasia prostática benigna  Embarazo  
 Amamantando  Herpes  Clamidia
- MUSCULOESQUELÉTICO:**  Osteoartritis  Fibromialgia  Distrofia Muscular  Espondiloartritis Anquilosante  
 Osteroporosis  Gota  Otro \_\_\_\_\_
- INTEGUMENTARIO/PIEL:**  Eczema  Rosácea  Soriasis  Herpes labial  Herpes  Otro \_\_\_\_\_
- ENDOCRINO:**  Diabetes Tipo 2  Diabetes Tipo 1  Problema Tiroide  Problemas Hormonales  Otro \_\_\_\_\_
- SANGRE/LINFA:**  Anemia  Pérdida de sangre de alto volumen  Ulcera  Colesterol Alto  Otro \_\_\_\_\_
- ALERGIA/IMUNOLOGIA:**  Alergias a medicamentos  Alergias al medio ambiente  Artritis Rhumatica  
 Lupus  Síndrome de Sjogren  Otro \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES: Marque todo que corresponda**

- NINGUNO  
 Vea la lista adjunto  
 **Favor de escribir los medicamentos actuales (si una lista no esta adjunta):**

**ALERGIAS À MEDICAMENTOS: Marque todo lo que corresponda**

- NINGUNA  
 **Alergias a medicamentos: Favor de escribir todos los medicamentos que causan alergias**

**OTRAS Alergias:**

- Picadura de Abejas  
 Ambientales  
 Alimentos:  Lácteos  Nueces  Mariscos  Otros \_\_\_\_\_  
 Latex

**TRATAMIENTOS/CONDICIONES ADICIONALES DE OJOS: Marque todo lo que corresponda**

- QUERATOCONO:  Ojo DERECHO  Ojo IZQUIERDO  
 HERIDA DEL OJO:  Ojo DERECHO  Ojo IZQUIERDO Tipo de herida: \_\_\_\_\_ Fecha de herida: \_\_\_\_\_  
 CIRUJÍA OCULAR:  Ojo DERECHO  Ojo IZQUIERDO Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_ Fecha de Cirugía: \_\_\_\_\_  
 PARCHE EN EL OJO:  Ojo DERECHO  Ojo IZQUIERDO Horas por día : \_\_\_\_\_ Fecha de Parche: \_\_\_\_\_  
 ESTRABISMO/OJO DESVIADO:  Ojo DERECHO  Ojo IZQUIERDO  
 AMBLIOPÍA  
 NISTAGMO  
 OTRO \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL: Marque todo lo que corresponda**

- CONSUMO DE ALCÓHOL: Cantidad:  Frecuente  Ligero  
 USO DE TOBACO:  Uso Anterior  Uso Actual  
Tipo:  Cigarrillo  Cigarro  Pipa  Tobacco sin humo  Otro \_\_\_\_\_  
Cantidad:  Frecuente  Ligero

**PASA TIEMPOS, INTERESES, ACTIVIDADES: Por favor hacer una lista**

**HISTORIAL MEDICA DE FAMILIA: Marque todo lo que aplique**

- |  |                                |                                |                                  |                                  |                               |                               |
|--|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA          | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Hija |
| <input type="checkbox"/> DIABETES TIPO 1                 | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Hija |
| <input type="checkbox"/> DIABETES TIPO 2                 | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Hija |
| <input type="checkbox"/> HIPERTIROIDISMO (sobre activa)  | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Hija |
| <input type="checkbox"/> HIPOTIROIDISMO (baja actividad) | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Hija |
| <input type="checkbox"/> CANCER                          | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Hija |

**HISTORIAL DE LENTES DE CONTACTO: Marque todo lo que aplique**

- |  |                                |                                |                                  |                                  |                               |                               |
|--|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> GLAUCOMA            | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Hija |
| <input type="checkbox"/> DEGENERACION MACULA | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Hija |
| <input type="checkbox"/> CATARATAS           | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Hija |

**HISTORIAL DE LENTES DE CONTACTO: Marque todo lo que aplique**

- Uso anterior de lentes de contacto  
 Uso actual de lentes de contacto  
Marca: \_\_\_\_\_  
Frecuencia de reemplazo:  Diario  Cada 2 semanas  Cada mes  Otro: \_\_\_\_\_

**TIENE CONDICIONES DE OJOS DEBIDO A: Marque todo lo que corresponda**

- EMPLEO  
 ACCIDENTE DE AUTO  Ojo DERECHO  Ojo IZQUIERDO Fecha de accidente: \_\_\_\_\_  
 OTRO ACCIDENTE  Ojo DERECHO  Ojo IZQUIERDO Fecha de accidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente / Padres / Guardian.

\_\_\_\_\_  
Fecha