



Para cumplir con los requisitos de registros médicos, por favor complete la siguiente información.

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: ____/____/____

Nombre del médico primario: _____ Fecha de nac.: ____/____/____

Dirección de médico primario: _____ Estatura: ____pies ____pulgadas

_____ Peso (lbs): _____

Nombre de la farmacia: _____ Ocupación: _____

Dirección de la farmacia: _____ Último examen médico: _____

Teléfono de la farmacia: _____ Último examen ocular: _____

Cuál es el motivo del examen ocular de hoy (marque todo lo que corresponda):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vista borrosa de lejos | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Dolor/molestias de ojos |
| <input type="checkbox"/> Vista borrosa de cerca | <input type="checkbox"/> Ojo vago | <input type="checkbox"/> Picazón |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Anteojos rotos |
| <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Destellos/manchas | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Lágrimas/secreción | <input type="checkbox"/> Degeneración macular |
| <input type="checkbox"/> Otra razón _____ | | |

Referido por el Dr. : _____

¿Ha sufrido una lesión ocular? No Sí (especifique): _____

¿Le han hecho una cirugía ocular? No Sí (especifique): _____

Historial médico

¿Recibe o ha recibido tratamiento para lo siguiente? (marque todo lo que corresponda):

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (alto nivel de azúcar) | <input type="checkbox"/> Artritis/dolor articular | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Riñón/trastornos urinarios | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad | <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> ETS (STD en inglés) |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis/alergia | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Afección cutánea |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Tiroides/glándulas |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Otra razón _____ | | |

¿Se pone gotas en los ojos? No Sí (especifique): _____

¿Toma medicamentos? No Sí (enumérelos): _____

¿Tiene alergias? No Sí (explique): _____

¿Está embarazada? No Sí

¿Fuma? No Sí ¿Cuánto? _____

¿Bebe alcohol? No Sí ¿Cuánto? _____

¿Tiene antecedentes de consumo de drogas recreativas? No Sí

Por favor, indique las personas de su familia que tienen los siguientes problemas médicos:

_____ Diabetes (alto azúcar)	_____ Presión arterial alta	_____ Problemas respiratorios
_____ Artritis	_____ Enfermedad de células falciformes	_____ Enfermedad retiniana
_____ Glaucoma	_____ Degeneración macular	_____ Estrabismo (ojos cruzados)
_____ Ceguera	_____ Presión arterial alta	_____ Problemas respiratorios