

HISTORIA del PACIENTE

Ultimo Examen de los Ojos Nunca 1-2 años 3-4años 5+ años Dr. Aguilar, Edgar Dr. _____

Ultimo Examen Medico Nunca ____ / ____ / ____ Nombre del Medico _____ Telefono _____

Usa Lentes? No Si Si usa lentes, por cuanto tiempo he tenido su mas reciente par? 1año 2 años Otro _____

Ha sido dilatado antes? Si No

QUEJA PRINCIPAL o HISTORIA de la ENFERMEDAD ACTUAL (rason de visita o sintomas)

Razon de su visita?

 Examen Ocular de Rutina Examen de Lentes de Contacto Interes en LASIK Otra _____

SIMPTOMAS OCULAR:

	Sí	No		Sí	No
Vista Empañada de Lejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exceso de Lagrimeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vista Empañada de Cerca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensacion de Cuerpo Foraneo Ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vista Empañada en la Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Focos de Luz en la Vista Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a Luz / Sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vista Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miodesopsias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision Distorcionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos Arenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjunctivitis / Lagañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blefaroespasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Resecos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos Rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ojos Cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROBLEMAS CON LA COMPUTADORA

Usa una computadora? No Sí Cuantas Horas? _____ Distancia Aproximada de la Pantalla _____

Tiene alguno de los siguientes sintomas?

	Sí	No	Usas lentes para la Computadora?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lagrimeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por Cuanto Tiempo lo has Tenido ?	<input type="checkbox"/> 1año <input type="checkbox"/> 2años <input type="checkbox"/> Otro _____
Exceso de Lagrimeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Son de aumento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se
Sensacion de Cuerpo Foraneo Ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Son Bifocales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se

PUPILENTES

Usas pupilentes? Sí No Usaba Anteriormente (Rason si interrumpidos) _____

Ultima Vez?..... Hoy..... Ayer..... Algunos Dias..... Semana Pasada..... Otro _____

Cuantas veces a la semana?..... Cada dia..... 2-3 veces / semana..... Solo en Ocasion..... Otro _____

Problemas con sus pupilentes: Vista Empañada..... Vista Nublada Resecos..... Incomodos..... Otro _____

Duerme con sus pupilentes? No Sí Cuantas Veces..... Cada Noche..... 2-3 veces por semana..... Solo en Ocasion

Tipo de pupilentes:..... Blandos..... Duros..... Para Astigmatismo..... Bifocal..... Monovisión

Cada cuanto reemplaza sus pupilentes?... Cada dia..... 2 Semanas Cada Mes..... Cada 3 meses..... Non-disponible / cada año

Sabe el nombre de su pupilentes? No Sí _____

Es interesado en pupilentes de color? Sí No

Por la presente autorizo a mi medico para proporcionar y dar a conser todos los hechos relacionados con este examen con mi seguro.

X

Firma (Paciente, Padres, Guardian)

Fecha