



**HISTORIA del PACIENTE**

Ultimo Examen de los Ojos  Nunca  1-2 años  3-4años  5+ años Con:  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