

## Historia

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Ultimo ojo examination: \_\_\_\_\_ Medico cuidado so: \_\_\_\_\_

¿Toma usted alguna medicación (Rx y sobre el contador)?  N  Y Lista en la siguiente página en Sección A

¿Ha tenido usted alguna enfermedad principal o heridas?  N  Y Lista en la siguiente página en Sección B

¿Ha tenido usted alguna cirugía de ojo?  N  Y Lista en la siguiente página en Sección C

¿Tiene usted alergias a alguna medicación? N Y \_\_\_\_\_

¿Tiene actualmente usted algún problema en las áreas siguientes? De ser necesario siga después la página en la Sección D

Ojos (visión pobre, dolor de ojo, rasgadura, reparación, picor, incineración, puntos)  N

General/Constitucional (fiebre, caliente el golpe, la pérdida de peso o la ganancia, excepcionalmente cansada)  N

Los oídos, la Nariz, Garganta (nariz congestionada, el dolor de oído, la tos, seca la boca, etc.)  N

Cardiovascular (BP alto, compitiendo con pulso, etc.)  N

Respiratorio (congestión, resuello, falta de aliento, etc.)  N

Gastrointestinal (trastorno de estómago, diarrea, estreñimiento, úlceras, etc.)  N

Genital, de Riñón, Vejiga (micción dolorosa, micción frecuente, impotencia, ictericia amarilla, etc.)  N

Hembras (usted está embarazado? ¿Enfermería?)  N

Músculos, Huesos, Uniones (dolor conjunto, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, etc.)  N

Piel (verrugas, crecimientos, erupción, cáncer de piel, etc.)  N

Neurológico (entumecimiento, dolor de cabeza, asimientos, parálisis, etc.)  N

Psiquiátrico (ansiedad, depresión, insomnio)  N

Endocrine (diabetes, hypothyroid, etc.)  N

Allergic / Immunologic (sneezing, swelling, redness, itching, hives, lupus, etc.)  N

¿Tiene a algún miembro de su familia tenia estas enfermedades (compruebe todo lo que se aplica)? ¿Y quién?

Degeneración de Macular \_\_\_\_\_

Glaucoma \_\_\_\_\_

¿Alguna vez tienen una transfusión de sangre?  N  Y ¿usted beben el alcohol?  N  Y

¿Usa usted medicinas ilícitas?  N  Y ¿usted fuman?  N  Y

¿Hace su visión limita cualesquiera actividades de la vida diaria (conducción, lectura, deportes, trabajo, etc.)?  N  Y

Doctor firma \_\_\_\_\_ Signo paciente \_\_\_\_\_

**Sección A - Lista medicación**

Examinado por Dr. Steensma: \_\_\_\_\_

Medicacion	Por qué tomado	Medicacion	Por qué tomado

**Sección B - Enfermedades Principales y Heridas**

---

---

---

---

**Sección C - Historia de Cirugía de Ojo**

---

---

---

---

**Sección D - Otros Problemas de Salud Corrientes**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---