

DEMOGRAFÍA:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección de casa: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Sexo de nacimiento: Hombre Mujer **Género preferido:** _____Pronombres preferidos: El Ella Otro: _____Etnicidad: Indio americano o nativo de Alaska Asiático
 Afroamericano Hispano o latino
 Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico Blanco / caucásicoEstado civil: Soltera Casado Viudo DivorciadoEstado de Empleo: Empleado Desempleados Retirado
 Alumno Militar Activo

Ocupación: _____ Pasatiempo: _____

HISTORIA OCULAR:¿Cuándo fue su último examen de la vista? _____ ¿Usas lentes? Sí No
¿Historia de la cirugía ocular?: No Sí ¿Usas lentes de contacto? Sí No
Tipo de cirugía ocular: _____**Propósito de la visita de hoy (marque todos los que correspondan):**

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de ojo |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Problemas de enfoque | <input type="checkbox"/> Problemas visuales después de una conmoción cerebral |
| <input type="checkbox"/> Ojos irritados | <input type="checkbox"/> Ojos que pican | <input type="checkbox"/> Ojos rojos |
| <input type="checkbox"/> Ojos llorosos | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Sensación de cuerpo extraño |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con la visión nocturna/deslumbramiento | <input type="checkbox"/> Destellos de luz en la visión | |
| <input type="checkbox"/> Flotadores/puntos en la visión | <input type="checkbox"/> Pérdida de visión/desmayo de visión | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Alguna vez le han diagnosticado o ha tenido alguna de las siguientes afecciones oculares? Ninguno

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abrasión corneal | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Iritis/Uveítis |
| <input type="checkbox"/> Infección ocular | <input type="checkbox"/> Herida de ojo | <input type="checkbox"/> Ciego/a |
| <input type="checkbox"/> Ojo vago/Ambliopía | <input type="checkbox"/> Giro de los ojos/Estrabismo | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades oculares: _____ | | |

¿Alguna vez alguien de su familia ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones oculares? Ninguno

- | | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ciego/a | <input type="checkbox"/> Estrabismo | <input type="checkbox"/> Ojo vago/Ambliopía |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Degeneración macular |
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> Ojo secos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |



HISTORIAL MÉDICO:

Médico de atención primaria: _____ Última visita: _____

¿Tienes algún especialista?: No Sí: _____

¿Alguna vez ha sido diagnosticado o tratado por alguno de los siguientes problemas de salud?

(por favor marque todos los que apliquen): Ninguno

- | | | | |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Sangre/Linfa | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Colestero | <input type="checkbox"/> Concusión |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Digestivo | <input type="checkbox"/> Orejas/Nariz/Garganta |
| <input type="checkbox"/> Endocrino | <input type="checkbox"/> ERGE/Reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/ICC | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Tegumento (piel) | <input type="checkbox"/> Nefropatía | <input type="checkbox"/> Músculo/Hueso | <input type="checkbox"/> Neurológico |
| <input type="checkbox"/> Psicológico | <input type="checkbox"/> Reproductivo/ETS | <input type="checkbox"/> Respiratorio | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Seno | <input type="checkbox"/> Infarto cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> Vértigo/Mareo |

¿Estás embarazada o amamantando? No aplica No Sí

¿Tomas alcohol? No Sí

¿Con qué frecuencia?: _____

¿Fumas? (tabaco, vape/e-cigarrillo): Nunca Fumas Fumabas

¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuánto tiempo has / has sido fumador? _____

¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar? _____

¿Usa drogas recreativas? No Sí

Nombre o Listé todos los medicamentos y suplementos de venta libre que toma actualmente: Ninguno

Alergias a medicamentos: Ninguno

Nombre o Listé las cirugías anteriores y las fechas aproximadas:

¿Alguna vez alguien de su familiares ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

- | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | |
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Desórdenes neurológicos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> Ninguno |