

HISTORIAL MEDICO Y DE LOS OJOS -- PAGE 1

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Bienvenido a Vision Quest - EyeCare & SurgeryCenter – Para asistir a nuestros doctores a proveerle el cuidado que sus ojos necesitan, por favor marque cualquiera de las condiciones que le apliquen a usted o a cualquier miembro de su familia inmedita. Por favor complete la pagina 1 y la pagina 2.

HISTORIA OCULAR:

| <u>Condicion:</u> | <u>Paciente</u> | | <u>Familia</u> | | <u>Relacion con el Paciente / Notas</u> |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | Si | No | Si | No | |
| Cataratas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | | | | | _____ |
| Glaucoma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | | | | | _____ |
| Degeneracion Macular..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | | | | | _____ |
| Problemas de Retina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | | | | | _____ |
| Ambliopia (ojo flojo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | | | | | _____ |
| Lastimaduras de ojos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | _____ |
| Cirugias de ojos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | _____ |
| Usa lentes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | _____ |
| Usa contactos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | _____ |
| Sequedad/Picazon/Ojos llorosos? ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | _____ |

HISTORIA MEDICA:

Enliste las cirugias que ha tenido los ultimos 10 anos: _____

Enliste todas las medicinas que esta tomando (*incluyendo medicinas no recetadas*): _____

List all allergies to medications: _____

Enliste las alergias a medicinas _____

Firma de Paciente: _____ Tech: _____

© - VQ - 10/17/2016

