

¿Alguna vez ha estado expuesto o infectado con:

Gonorrea Sí No
Sífilis Sí No

Hepatitis Sí No
Transfusión de sangre Sí No

SIDA Sí No
Ninguno

HISTORIAL MEDICO:

¿Último examen de vista: Nunca hace 1-2 años hace 3-4 años hace 5+ años
¿Último examen medico: Nunca / / Nombre de su doctor/a # de su doctor/a ()
¿Usa lentes? Sí No Sí, si cuántos años tienen sus lentes? 1 año 2 años Otro: _____
¿Han sido sus ojos dilatados anteriormente? Sí No

Queja principal/La razón por la cual hoy está aquí: (Por favor, indiquenos el motivo de su visita y los síntomas que puede estar experimentando)

Examen de rutina Examen de lentes de contacto Interesado/a en LASIK Otro: _____

SINTOMAS OCULARES

	Sí	No		Sí	No
Visión borrosa (distancia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exceso de Lagrimeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa (cerca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de Cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa de noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	foraneo ocular		
Ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doble vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Destellos y puntos en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision Distorsionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	la vision		
Secrecion mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuerpos flotantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a luz/sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picazon/Comezon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA COMPUTADORA:

¿Trabaja en una computadora? Sí No ¿Cuántas horas? : _____ Distancia aproximada de la pantalla: _____
¿Tiene alguno de los siguientes síntomas cuando trabaja en una computadora?
Lagrimeo Sí No Usa lentes de computadora? Sí No
Sensación de Cuerpo Sí No ¿Cuántos años tienen sus lentes? 1 ano 2 anos Otro: _____
foraneo ocular ¿Son de una sola visión? Sí No No se
Exceso de Lagrimeo Sí No ¿Son multifocales? Sí No No se

LENTE DE CONTACTO

¿Usa lentes de contacto? Sí No ¿Usaba antes? (La razón por la cual los dejó de usar): _____
¿último uso rutinario? Sólo hoy Ayer Hace unos días La semana pasada Otro: _____
¿Cuántos días por semana los usa? Todos los días 2-3 veces por semana Sólo de vez en cuando
¿Problemas con tus lentes de contacto? Visión borrosa Visión nebuloso Resequedad Incómodo
¿Estas durmiendo con tus lentes de contacto puestos? Sí No
Tipo de lentes de contacto: Suave Gas Permeable Tórico (para el astigmatismo) Bifocal Monovision
¿Con qué frecuencia reemplaza sus lentes de contacto? Diario Cada dos semanas Cada mes Cada 3 meses Cada año
¿Sabe la marca de sus lentes de contacto actuales? No Sí _____
¿Está interesado/a en lentes de contacto de color? Sí No

Autorizo a mi médico a divulgar todos los hechos relacionados con este examen a mi seguro. Se requiere firma y fechas cada año.

X _____
Firma (paciente/padre/guardián) Imprima su nombre Fecha

Revisado por:

X _____
Firma del doctor Fecha