Fecha: _____

The Eye Institute of Utah

Account # _____

HISTORIA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____Fecha de Nacimiento: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Optometrista Remitente: _____

Farmacia: _____ # de Teléfono de Farmacia ( ) _____

Antecedentes de alergia al Látex? **SÍ NO** Usted o algún miembro de su familia ha tenido una reacción a la anestesia? **SÍ NO**

Algunas alergias o reacciones al medicamento? _____ Ocupación: _____

Historia Medical			
Tiene o alguna vez ha tenido:	**Sí/No**	**Tratamiento actual / Cirugía previa**	**Cuándo?**
Diabetes (Tipo) I o II	☐Sí ☐No		
Enfermedad Cardíaca	☐Sí ☐No		
Marcapasos o Desfibrilador	☐Sí ☐No		
Presión Alta	☐Sí ☐No		
Colesterol Alto	☐Sí ☐No		
Enfermedad en los Riñones	☐Sí ☐No		
Enfermedad Hepática	☐Sí ☐No		
Derrame Cerebral	☐Sí ☐No		
Anemia	☐Sí ☐No		
Enfermedad Pulmonar o Asma	☐Sí ☐No		
Enfermedad de la Tiroides	☐Sí ☐No		
Cáncer o Tumor (Tipo)	☐Sí ☐No		
Artritis (Tipo)	☐Sí ☐No		
Otros Problemas Médicos o Cirugías:	☐Sí ☐No		

ANTECEDENTES FAMILIAR		**Relación**
☐Sí ☐No	**Hipertensión**	_____
☐Sí ☐No	**Diabetes**	_____
☐Sí ☐No	**Cáncer**	_____
☐Sí ☐No	**Glaucoma**	_____
☐Sí ☐No	**Cataratas**	_____
☐Sí ☐No	**Enfermedad de La Retina**	_____
☐Sí ☐No	**Degeneración Macular**	_____
☐Sí ☐No	**Queratocono**	_____

HISTORIA SOCIAL

Uso del Tabaco: ☐ Nunca ☐ Antes ☐ Actualmente

Cantidad: _____

Alcohol: ☐Sí ☐No Cantidad: _____

Drogas: ☐Sí ☐No

Cafeína: ☐Sí ☐No

Otros Problemas Medicales u Oculares ☐**Sí** ☐**No**

Explica: _____

Por favor, enumere los medicamentos recetados y sin receta, incluye las vitaminas y los suplementos, que está tomando actualmente:

Medicamento	Fuerza o Dosis	Con qué frecuencia se toma/rutina?	Razón por Tomar
Ejemplo: Celebrex	Ejemplo: (1)100mg	Ejemplo: Dos veces al día	Ejemplo:

DÉ LA VUELTA Y COMPLETE LA PARTE POSTERIOR

Nombre del Paciente: _____ Acct#: _____

Alguna vez ha tomado alguno de los siguientes medicamentos? En caso afirmativo, marque la casilla de verificación

▢ Cardura ▢ Finasteride ▢ Hytrin ▢ Uroxatral ▢ Flomax ▢ Prosacar

Historia Ocular

Tiene actualmente o alguna vez ha tenido:	Sí/No	Ojo	Diagnosis	Tratamiento actual o Cirugía previa
Enfermedad Ocular	▢Sí ▢No			
Lesión Ocular	▢Sí ▢No			
Cirugía Ocular	▢Sí ▢No			
Dolor Ocular	▢Sí ▢No			

Revista de Sistemas - Actualmente tiene algún problema en las siguientes áreas?

Sistema		Sí/No	Sistema		Sí/No
Físico	Fiebre	▢Sí ▢No	**Neurológico**	Mareo	▢Sí ▢No
	Peso: ▢ Perdido ▢ Aumento	▢Sí ▢No		Dolor de Cabeza	▢Sí ▢No
Cardiovascular	Presión o Molestia en el Pecho	▢Sí ▢No		Entumecimiento de las Extremades	▢Sí ▢No
	Latidos Cariacos Irregulares	▢Sí ▢No	**Musculoesquelético**	Debilidad Muscular	▢Sí ▢No
Metabólico	Intolerancia al ▢Frio ▢Calor	▢Sí ▢No		Hinchazón Articular/Artritis	▢Sí ▢No
Endocrino	Sed excesiva (polidipsia)	▢Sí ▢No	**Respiratorio**	Dificultad para respirar (dyspnoea)	▢Sí ▢No
	Micción excesiva	▢Sí ▢No		Toz	▢Sí ▢No
Tegumentario/Piel			**Genitourinario**	Dolor al Orinar	▢Sí ▢No
	Piel Seca	▢Sí ▢No	**Psiquiátrico**	Deprimido	▢Sí ▢No
	Sarpullido	▢Sí ▢No	**Hematológicas/Linfático**		▢Sí ▢No
Otorrino	Pérdida Auditiva	▢Sí ▢No		▢Sangra o ▢Moretones fácilmente	▢Sí ▢No
	Problemas Sinusales	▢Sí ▢No		Inflamación de los ganglios linfáticos	▢Sí ▢No
	Dolor de Garganta	▢Sí ▢No	**Alérgico/Inmunológico**		▢Sí ▢No
Gastrointestinal	Dolor Abdominal	▢Sí ▢No		Alergias Alimentarias	▢Sí ▢No
	Acidez	▢Sí ▢No		Alergia Estacionales	▢Sí ▢No
	Vomito	▢Sí ▢No	**Mujeres**	¿Estas embarazada o amamantando?	▢Sí ▢No

Preguntas Sobre la Función Visual

Tiene dificultad, incluso con anteojos, o lentes de contacto con las siguientes actividades?

Tiene dificultades para/con:	Si	No	N/A
Leer la letra pequeña			
Leer el periódico o el libro			
Ver escalones, escaleras, o bordillos			
Leer las señales de tráfico o de las calles			
Coser, tejer, o carpintería			
Jugar juegos como lotería, cartas o domino			
Participar en deportes como el golf o tenis			
Cocinar			
Ver la televisión			
El deslumbramiento y los halos			
Conducir durante el día			
Conducir durante la noche			
El resplandor de las luces por la noche			

Ha tenido una vacuna contra la neumonía?

▢Sí ▢No

Está satisfecho con su visión actual?			

Firma del Paciente _____ Fecha _____