Historia Personal Del Paciente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ APELLIDO: _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP CODE _____

TELEFONO (CASA) _____ TELEFONO (TRABAJO) _____

CELULAR _____ E-MAIL _____

ESTADO CIVIL: (SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ SEPARADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ (VIUDO(A) ☐

OCUPACION _____ COMPAÑIA _____

NUMERO DE LICENCIA _____ FECHA DE EXPIRACION _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____ SEXO: MASC ☐ FEM ☐

FECHA DE NACIMIENTO _____ FECHA DE HOY _____

COMO ESTA SU SALUD EN GENERAL? _____

CONTESTE LO QUE APLIQUE:

DIABETES SI/NO TIPO _____ FECHA DE DIAGNOSIS EN: _____

ALERGIAS SI/NO A QUE? _____ MEDICAMENTO PARA ALERGIA SI/NO

DOLOR DE CABEZA SI/NO OTRO PROBLEMA DE SALUD? _____

ACTUAL MEDICAMENTO? _____

HA TENIDO ALGUNA OPERACION? SI/NO TIPO _____ CUANDO _____

FUMA _____ ALCOHOL _____

Historia Familiar

Presion Alta	**SI/No**	**Relacion** _____
Degeneracion de la Macula	**SI/No**	**Relacion** _____
Diabetes	**SI/No**	**Relacion** _____
Desprendimiento de la Retina	**SI/No**	**Relacion** _____
Glaucoma	**SI/No**	**Relacion** _____
Cataratas	**SI/No**	**Relacion** _____

Infomacion Personal De La Vista

HA TENIDO ALGUNA OPERACION SI/NO TIPO _____ FECHA _____

HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE? SI/NO TIPO _____ FECHA _____

TIENE GLAUCOMA SI/NO CATARATAS SI/NO OJOS RESECOS SI/NO VISION BORROSA SI/NO

UUSA LENTES SI/NO CCONTACTOS SI/NO TIPO _____

OTRO PROBLEMA DE LA VISTA? _____

REFERIDO POR _____ INICIALES DEL DOCTOR _____