

NOMBRE:

FECHA:

Historial del paciente y formulario de ingreso (actualización anual)**1. Antecedentes médicos:** (marque con un círculo todas las que correspondan)

NADA	Cáncer de mama	Hepatitis	Linfoma
Ansiedad	Cáncer de colon	Hipertensión VIH/SIDA	Marcapasos
Artritis	EPOC	Hipercolesterolemia	Cáncer de próstata
Articulaciones artificiales	Enfermedad arterial coronaria	Hipertiroidismo	Radioterapia
Asma	Depresión	Hipotiroidismo	Convulsiones
Fibrilación auricular	Diabetes	Leucemia	Apoplejía
HPB	Enfermedad renal terminal	Cáncer de pulmón	Sustitución de válvula
Trasplante	Reflujo gastroesofágico		

Otros _____

2. Antecedentes quirúrgicos: (marque con un círculo todas las que correspondan)**NINGUNA**

Otros _____

3. Antecedentes oculares: (marque con un círculo todo lo que corresponda; especifique qué ojo)

NINGUNA	Degeneración macular	Estrabismo
Cataratas	Hipertensión ocular	Glaucoma
Distrofia corneal	Desgarro de retina	Células flotantes en el vítreo
Retinopatía diabética	Sequedad ocular	

Otros _____

4. Cirugía ocular: (marque con un círculo todo lo que corresponda; especifique qué ojo)

NINGUNA	Inyecciones intravítreas	Regeneración de ptosis	Derivación con tubo
Blefaroplastia	LASIK	Tapones lagrimales Cirugía	Capsulotomía con Yag
Cirugía de cataratas	Transplante de cornea	del estrabismo	
Trasplante de córnea	Trabeculectomía	Láser retiniano	
Cirugía de músculos oculares			

Otros _____

5. Alergias: (indique todas las alergias)**NINGUNA****6. Antecedentes sociales:** (marque con un círculo todas las que correspondan)

Uso de Tabaco:	Consumo de alcohol:	Estado de conducción:
Nunca ha fumado / exfumador / fuma a diario	Nada / Menos de 1 bebida al día 1-2 bebidas al día 3 o más bebidas al día	Conduce por el día/ la noche

7. Antecedentes familiares: (marque con un círculo todas las que correspondan)

NINGUN	Diabetes	Cardiopatía	Desprendimiento de retina
Cáncer	Glaucoma	Degeneración macular	Hipertensión
Otros _____			

8. Medicamentos: (indique todos los medicamentos actuales o adjunte una lista de medicamentos.)**9. Revisión de Síntomas**

NINGUN	Amaurosis Fugax	Perdida de peso	Diarrea	Ansiedad
Visión deficiente	Arritmia cardíaca	Congestión nasal	Constipación	Insomnio
Dolor ocular	Fiebre del heno	Dolor de oído	Ardor de orina	Sangrado
Tearing	Dolor de Cabeza	Boca seca	Incontinencia urinaria	Anemia
Redness	Convulsiones	Tos	Dolor articular	Plaquetas
Perdida de visión	Parálisis	Congestión	Rigidez	Anticoagulantes
Narrow Angles	Embolía	Respiración sibilante	Artritis	
Dolor de mandíbula	Fiebre	Falta de reparación	Erupción	
Scalp Tenderness	Escalofrión	Dolor abdominal	Cambio de lunares	

10. Para pacientes de 65 años en adelante: ¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía? (encierre en un círculo Sí o No) Sí / No

11. Tiene un poder de atención médica en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones médicas? (encierre en un círculo Sí o No) Sí / No

12. SOLO para pacientes pediátricos, complete: a. Peso al nacer: b. Edad gestacional:

Nombre de la persona designada Número de teléfono de la persona designada

FIRMA DEL MÉDICO:

FECHA: