



**Historia Ocular** (Porfavor mencione si a tenido condiciones oculares y cuando fueron tratadas )

**NINGUNO**

Año \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

**Cirugías Oculares** (Porfavor mencione todos los procedimientos quirúrgicos oculares y cuándo)

**NINGUNO**

Año \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR** (Porfavor de circular todos los que aplique e indicar relación)

**Ninguno**

Relación

Relación

Relación

Cataratas \_\_\_\_\_

Perdida De Visión \_\_\_\_\_

Migrañas \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Cáncer \_\_\_\_\_

Deprendimiento De Retina \_\_\_\_\_

Glaucoma \_\_\_\_\_

Derrame Cerebral \_\_\_\_\_

Estrabismo \_\_\_\_\_

Degeneración Macular \_\_\_\_\_

Enfermedad Del Corazón \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

**Historial Social** (Porfavor de marcar todos los que apliquen)

**USO DE CIGARRILLO:**

- Nunca E Fumado
- Dejo de Fumar: Ex Fumador
- Fuma Menos Que Diario
- Fuma Diario
- Otro

**USO DE ALCOHOL:**

- Alcohol: Nada
- Alcohol: < 1 trago al día
- Alcohol: 1-2 tragos al día
- Alcohol: 3 o mas tragos al día

**USO DE DROGRAS ILICITAS:**

- Ninguno
- Uso De Drogas
- Drogas Intravenosas

**SEGURIDAD:**

- Me siento segura en casa
- No me siento segura en casa

**DIRECTIVA ANTICIPADA EN ARCHIVO:** SI/ NO si si, donde \_\_\_\_\_  
**APODERADO DE ATENCION MEDICA:** SI/ NO si si, quien \_\_\_\_\_

**HISTORIAL PEDIATRICO** (Complete solo si el niño es paciente)

Edas Gestacional Al Nacer: \_\_\_\_\_ semanas

Maternal illness during pregnancy: \_\_\_\_\_

Peso Al Dar A Luz: \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ oz

**REVISION DE SISTEMAS** (Porfavor circular todo lo que aplique)

**OJOS/VISION**

Mala Vision  
Dolor De Ojo  
Llorosos  
Rojos  
Dolor de Mandibula  
Sensibilidad Del Cuero  
Cabelludo Amaurosis Fugax  
Perdida De Vision: I D Ambos

**ENDOCRINO**

Diabetes  
Hipotiroides  
Hipotiroidismo

**CONSTITUTION/SYTEMA**

Fiebre  
Escalofrios  
Perdida De Peso

**ORL Y BOCA**

Congestión Nasal  
Dolor De Oidos  
Tos  
Boca Seca

**CARDIOVASCULAR**

Alta Presión  
Latidos Rapidos

**RESPIRATORIO**

Congestión  
Ronquido Del Pecho  
Dificultad Para Respirar

**G.I. GASTROINTESTINAL**

Diarrhea  
Estreñimiento  
Ardor De Orina  
Frecuencia  
Urinaria  
Incontinencia

**MUSCULOESQUELETICO**

Dolor de Coyunturas  
Rigidez  
Artritis

**INTEGUMENTARIO**

Sampullido  
Cambio De Lunares

**NEUROLOGICO**

Dolor De Cabeza  
Convulsiones  
Derrame Cerebral  
Parálisis

**PSIQUIATRICO**

Ansiedad  
Depresión  
Insomnio

**HEMATOLOGICO/LINFATICO**

Sangrado  
Anemia

**ALLERGIA/IMMUNOLOGICO**

Alergias  
Fiebre Del Heno  
Urticaria

**PORFAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO. GRACIAS**

