

Historia Medica de Rosin Eyecare

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Identidad de Género: _____

Raza: _____

Etnicidad: _____

¿Está interesado en LASIK? Si No

Nombre de Medico Primario: _____

de Teléfono de Medico Primario: _____

Afiliación de Hospital de Medico Primario: _____

Idioma Preferido: _____

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes? *Marque lo que corresponda*

Visión a distancia borrosa

Visión de cerca borrosa

Problemas con las gafas actuales

Ojos cansados / fatiga ocular

Mala visión nocturna / dificultad con el deslumbramiento

Flotadoras o manchas

Destellos de luz

Dolor de cabeza

Doble visión

Embarazo / amamantamiento

Sequedad ocular

Sensación arenosa

Ojos llorosos

Enrojecimiento

Comezon de los ojos

¿Tiene actualmente o ha tenido alguno de los siguientes? *Marque lo que corresponda*

Ambliopía

Cataratas

Glaucoma

Degeneración Macular

Desprendimiento de Retina

Cirugía Ocular

Otros enfermedad ocular: _____

Enfermedad Cardiaca

Hipertensión

Colesterol Alta

Cáncer (por favor especifique)

Anemia

Leucemia

Pérdida de Apetito

Mareos

Diabetes:

Tipo 1

Tipo 2

Enfermedad Tiroidea

Otras enfermedades endocrinos

Enfermedades Gastrointestinal

Enfermedad Transmitida Sexualmente

Dolor de cabeza

Migraña

Sinusitis

SIDA

Herpes Zoster

Acne Rosacea

Eczema

Lupus

Esclerosis múltiple

Desórdenes psiquiátricos

Asma

Enfisema

Otros (por favor especifique):

Cirugia (por favor especifique):

Medicacion y Alergias

¿Usted tiene alguna alergia? No Si Si, de qué? _____

¿Usted tiene alguna alergia a alguna medicación? No Si Si, de qué? _____

Anote todos los medicamentos que esté usando actualmente (incluyendo los medicamentos sin recetas, vitaminas, o suplementos): _____

Historia Familiar (Marque todo lo que corresponda y especifique la relación)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ambliopía _____
<input type="checkbox"/> Cirugía Ocular _____
<input type="checkbox"/> Glaucoma _____
<input type="checkbox"/> Keratoconus _____
<input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina _____
<input type="checkbox"/> Degeneración Macular _____ | <input type="checkbox"/> Ceguera _____
<input type="checkbox"/> Otros Enfermedades Ocular (por favor especifique) _____
<input type="checkbox"/> Diabetes _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión _____
<input type="checkbox"/> Colesterol Alta _____
<input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---|---|

Historia Social

- ¿Usted usa cigarro/tabaco? No Ex-fumador(a) Fumador(a) actual ¿Cuantos paquetes al día? _____
- ¿Usted toma alcohol? No Bebedor social 1 a 2 bebidas diarias 3 bebidas o más diarias
- ¿Usted usa otras sustancias? Si No

Historia de Gafas

Gafas

- ¿Qué tipo de gafas tienes actualmente? Marque todo lo que corresponda
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Distancia
<input type="checkbox"/> Cerca
<input type="checkbox"/> Computadora
<input type="checkbox"/> Bifocal/Progresivos
<input type="checkbox"/> Par de respaldo | <input type="checkbox"/> Gafas de seguridad
<input type="checkbox"/> Gafas de sol
<input type="checkbox"/> Gafas de deportes
<input type="checkbox"/> Transiciones
<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> ¿Cuántas horas al día usa la computadora? _____ |
|--|--|

Lentes de Contacto

- ¿Qué tipo de lentes de contactos usa?
- Diarias Quincenalmente Mensual Duro / permeable al gas Otro (por favor especifique) _____
- ¿Que marca de lentes de contacto usa? _____

Referencia

- ¿Como fue referido a Rosin Eyecare?
- Anuncio
 Sitio de Web
 Compañía de Seguro
 Otro