

NEW JERSEY EYE CENTER

Hestorial Medico

Nombre Del Paciente _____

Fecha De Nacimiento _____

Cual es el motive de su visita hoy? _____

Enermedades (Marque Los Que Aplican)

ASMA		DIABETES		HEART DISEASE	
BRONQUITIS		TIROIDES		RINON	
ENTISEMA		PRESION ALTA		ARTRISTIS	
CANCER					

LISTADO DE MEDICAMENTOS: _____

LISTADO DE MEDICINAS QUE CAUSEN ALERGIAS: _____

LISTADO DE CIRUGIAS QUE A TENIDO: _____

Usted tiene algun problema medico en la lista? (Marque Los Que Aplican)

Perdida de vision		Vision borrosa		Luces Intermitentes	
Perdid de vision lateral		Vision doble		Resequedad	
Enrojecimiento		Sesacion arena		Picazon	
Sensacion de un objeto en su ojo		Sesacion arenosa		Sensitividad al reflejo	
Halos Laureola		Lagrimeo excessivo		Sensitividad a la luz	
Dolor en el ojo		Infeccion en el ojo/parpado		Ojos Cansados	
Flotadores		Sensacion de arclor		Ojo perezoso	
Dolores de cabeza		Mucosa/Descarga			

(Explicar alguna de las siguientes que appy)

Fiebre, perdida de peso, fatiga
Problemas de oidos, nariz, garganta o los senos paranasales
Problemas cardiacos o vasculares
Problemas Gastrointestinales
Genital, renal, problemas de vejiga
Problemas en los musculos, los huesos, las articulaciones
Problemas de la piel
Nerologic o problemas psiquiatricos
Problemas endocrinos
Trastornos de la sangre
Problemas inmunitarios

Alguien en su familia tiene? (Si alguno de los siguientes aplicar una lista de la relacion al paciente por ejemplo, Madre , Padre.)

Ceguera _____ Glaucoma _____ Catarata _____ Degeneracion Macular _____

Problemas de retinales _____

Tiene alguno de los siguientes? Marque todas las que apliquen

Catarata _____ Glaucoma _____ Degeneracion Macular _____ Problemas de retinales _____

Responder a las siguientes:

Ocupacion: _____ Nivel de educacion: _____ Estado Marcial: _____
 Bebes Alcohol? _____ Si _____ no en caso afirmativo, ocasional 1/dia 2-3/dia 4+/dia
 Fuma Usted? _____ Si _____ no en caso afirmativo, ocasional 1/2 pack/dia 1 pack/dia 1+pack/dia
 Has tenido una transfusion de sangre? _____ Si _____ no

Firma De Paciente _____ Fecha _____

Firma De Doctor _____ Fecha _____