

Cuestionario de historia clínica

Fecha de hoy: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Cómo prefiere que se le llame? _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de telefono: _____

Médico primario (nombre complete): _____

Optometrista: _____

Cómo escucho de Infocus Eyecare? _____ Ud. mismo/Amigo/Médico/Optometrista/Familiar/Internet

Cuándo fue su ultimo examen ocular? _____ Dónde? _____

Farmacia preferida? (nombre/lugar) _____

Historia de las gafas/lentes de contacto:

Usa **gafas**? Sí / No Para qué las usa? Manejar / Leer / Computadora / Todo el tiempo

Quiere una receta para gafas nuevas? Sí/No / Posiblemente ***Es posible que aiga cargo adicional***

Usa **lentes de contacto**? Sí / No Cuál tipo de lentes? Distancia/ visión mono/ multifocal

Usa gafas cuando no esté usando los lentes de contacto? Sí / No

Historia ocular:

Tiene alguno de lo siguiente? Sí / No

Si indicó Sí, indique todos que se le apliquen.

Cataratas	Glaucoma
Trauma ocular	Ceguera
Degeneración macular	Ojos secos
Visión doble	Ojo vago
Destellos/rayos de luz	Manchas flotantes
Lágrimas excesivas	
Otro: _____	

Cirujía ocular:

Ha tenido alguna cirujía de los ojos? Sí / No

Si indicó Sí, indique cuál y provea la fecha de la cirujía.

Corrección quirúrgica de la visión (LASIK/PRK/RK)	_____	fecha	_____
Catarata	_____	fecha	_____
Los párpados	_____	fecha	_____
Músculos de los ojos	_____	fecha	_____
Retina	_____	fecha	_____
Otro :	_____		

Medicamentos para los ojos/gotas:

Ninguno

Haga una lista de todos los medicamentos para los ojos o gotas que esté usando.

Historia ocular de la familia:

Ninguno

Indique TODOS que se le apliquen y su relación a usted.

Cataratas	(Abuelo/a, Padre/Madre, Hermano/a, Primo/a, Tío/a)
Glaucoma	(Abuelo/a, Padre/Madre, Hermano/a, Primo/a, Tío/a)
Degeneración macular	(Abuelo/a, Padre/Madre, Hermano/a, Primo/a, Tío/a)
Desprendimiento de retina	(Abuelo/a, Padre/Madre, Hermano/a, Primo/a, Tío/a)
Otro: _____	

Por favor continúe hacia el otro lado para obtener más historial medico.

Página 1 de 2

¡Gracias!

Continuación del cuestionario de historia clínica....

Medicaciones actuales: Ninguno

Haga una lista de **TODA** las medicaciones que esté usando actualmente (con receta y sin receta), o provea una lista para nuestros archivos. **Nombre y Concentración**

Alergias a medicaciones: Ninguno **Tiene alergia al LÁTEX?** Sí / No

Haga una lista de sus alergias a las medicaciones y su reacción a ellas.

_____ Reacción: _____

_____ Reacción: _____

_____ Reacción: _____

Cirujías anteriores: Ninguno

Haga una lista de toda sus cirujías anteriores y el año en que se las hicieron. (No incluya las cirujías que se traten de los ojos)

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

Historia medical: Ninguno **Estatura** _____ **Peso** _____

Indique todas que se le apliquen personalmente.

Diabetes (<i>insulina o no insulina</i>)	Presión alta	Cardiopatía
Arteriopatía/apoplejía	Colesterol alto	Asma/EPOC (COPD)
Depresión or ansiedad	Enfermedad del riñon/cálculos renales	Problemas de los pulmones
Artritis	Enfermedad de los tiroides	Reacción a anestesia
Arthritis reumatoide	Cáncer de piel	Apnea del sueño
	Otro cáncer _____	

Revisión de sistemas: Ninguno

Indique las áreas en que tenga algun problema de salud.

Orejas/oído	Nariz/Sinisual	Boca/Garganta	Cardiovascular	Piel/Boca
Gastrointestinal	Neuroólogo	Musculoskeletal	Allérgica /Inmunológicas	Urinario/ Riñon

Historia social:

Ocupación actual/pasado: _____ Ud. maneja? Sí / No

Usa alcohol? Sí / No Cuántas bebidas por semana? _____

Fuma o mastica tabaco? Nunca Todos los días Anteriormente – Año en que lo dejó? _____

Drogas recreativas? Sí / No

Firma _____ Fecha _____

AUTORIZO A INFOCUS EYE CARE PARA OBTENER ACCESO A MI HISTORIA DE LAS MEDICACIONES EN LÍNEA. **SÍ** **NO**
Revisado 9-14-22
Traducido 9-14-22