



¡Bienvenido al Centro Universitario para el Cuidado de los Ojos en Los Ángeles! Por favor responda las siguientes preguntas. Gracias

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____ H __ M__ Fecha: __/__/__

Doctor General /Dirección: _____ Fecha del último examen físico: _____ Altura____ Peso____

Optómetra/Dirección _____ Fecha del último examen visual: _____

Farmacia preferida _____ Ocupación: _____

Tiene alguna necesidad visual relacionada con su trabajo: _____

Cuál es la principal razón para visitarnos hoy? _____

ANTEOJOS/ LENTES DE CONTACTO

¿Está usando anteojos? **SI**__ **NO**__: Permanentes__ Ocasionales__ De lejos__ Para leer__ Computador__

¿Está usando lentes de contacto? **SI**__ **NO**__: ¿Desearía actualizar su prescripción? **SI**__ **NO**__

¿Desearía saber si usted es buen candidato para usar el último diseño en lentes de contacto? **SI**__ **NO**__

¿Desearía discutir opciones para cirugía laser? **SI**__ **NO**__

USO DEL COMPUTADOR

¿Usa el computador? En el trabajo____: Horas al día____ En la casa: ____ Horas al día____

Indique cuál de los siguientes síntomas se presenta cuando usa el computador:

Ojos cansados____ Visión borrosa____ Ojos muy secos____ Visión doble____ Dolor de cabeza____ Ojos rojos ____

¿Usa anteojos especiales para computador? **SI**__ **NO**__

¿Desearía usar anteojos especiales para facilitar el trabajo en computador? **SI**__ **NO**__

DEPORTES Y RECREACION

¿Practica algún deporte? ____ ¿Cuál?_____

¿Usa lentes de contacto o algún tipo especial de anteojos para la práctica de su deporte?_____

¿En cuáles actividades recreativas participa?_____

¿Tiene algún hobby? _____

PROBLEMAS DE LA VISTA Y LOS OJOS

Por favor seleccione todas las opciones que se apliquen.

Visión borrosa____ (Con anteojos__ Sin anteojos__) Desviación de los ojos____ Masa/brotos alrededor de los ojos

Pérdida de visión__ Pérdida de campo visual__ Dolor en los ojos__ Abrasión__ Ojos rojos____

Visión doble__ Alergias/Comezón en los ojos__ Sensación de cuerpo extraño__ Dolor de cabeza/Migrañas__

Golpes o quemaduras__ Destellos/Cuerpos Flotantes__

¿Algún otro síntoma o condición que no se encuentre descrita arriba? _____

HISTORIA DE SUS OJOS

Ambliopía (ojo perezoso) Yo__ Familia_____ Degeneración de la Mácula Yo__ Familia_____

Ceguera Yo__ Familia_____ Desprendimiento de Retina Yo__ Familia_____

Cataratas Yo__ Familia_____ Estrabismo (ojo volteado) Yo__ Familia_____

Deficiencia en color Yo__ Familia_____ Lesión en el Ojo(s) Yo__ Familia_____

Glaucoma Yo__ Familia_____ Cirugía en el Ojo(s) Yo__ Familia_____

Otra condición/ problema (diferente al uso de anteojos) _____

HISTORIA MEDICA

Pacientes Mujeres: Está embarazada o lactando ___Si ___No

AIDS/HIV Positivo Yo _____ Diabetes Yo Familia _____ Esclerosis Múltiple Yo Familia _____

Alergias Yo Familia _____ Trauma Craneal Yo Familia _____ Respiración Yo Familia _____

Artritis Yo Familia _____ Corazón Yo Familia _____ Derrame Cerebral Yo Familia _____

Cáncer Yo Familia _____ Presión Alta Yo Familia _____ Tiroides Yo Familia _____

Alto Colesterol Yo Familia _____ Migrañas Yo Familia _____

¿Tiene usted algún otro problema diferente a las condiciones descritas arriba? _____

HISTORIA QUIRURGICA

Describe todas las cirugías que ha tenido _____

CIRUGIA EN LOS OJOS

Describe en cuál ojo, el tipo de cirugía y la fecha _____

MEDICAMENTOS/GOTAS PARA LOS OJOS

Incluya medicamentos sin receta) _____

MEDICAMENTOS EN GENERAL

___ NO estoy tomando medicamentos ___ SI. Por favor describa el nombre de las medicinas o suplementos

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Describe los medicamentos y los efectos _____

HISTORIA PERSONAL

Información Confidencial. Puede hablar con su doctor en privado si lo desea.

Tabaco ___ Alcohol___ Narcóticos___ Enfermedades de Transmisión Sexual___ Transfusiones de Sangre___

Otras _____