



# PEDIATRIC EYE CARE SERVICE QUESTIONNAIRE HEALTH HISTORY & LIFESTYLE

UNIVERSITY  
EYE CENTER  
*at Los Angeles*

University Eye Center at Los Angeles | 3916 S. Broadway, Los Angeles, CA 90037

Nombre del Menor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: M or F Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Pediatra/Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

Doctor de la Vista/Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia de su preferencia: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la principal razón para su visita el día de hoy? \_\_\_\_\_

## PROBLEMAS DE LOS OJOS /VISIÓN (seleccione todos los que se aplican)

- |                     |                           |                                |
|---------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Visión Borrosa      | Ojos desviados            | Cierre de ojos para enfocar    |
| Visión Doble        | Dolores de cabeza         | Ojos enrojecidos               |
| Comezón en los ojos | Ojos cansados o fatigados | Pérdida de la línea de lectura |

¿Cualquier otro síntoma o problema que no esté listado arriba? \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE LOS OJOS (seleccione todos los que se aplican)

- |                            |       |         |                           |       |         |
|----------------------------|-------|---------|---------------------------|-------|---------|
| Ambliopía (ojo perezoso)   | Menor | Familia | Estrabismo (ojo desviado) | Menor | Familia |
| Deficiencia en los colores | Menor | Familia | Lesión en los ojos        | Menor | Familia |
| Ceguera                    | Menor | Familia | Cirugía de los ojos       | Menor | Familia |

Cualquier otro problema en los ojos o la visión (diferente al uso de anteojos) \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

- |                           |       |   |
|---------------------------|-------|---|
|                           |       | _____ El menor NO tiene ninguna condición médica conocida     |
| Alergias                  | Menor | Familia (e.g. comida, medicamentos)                           |
| Cardiovascular            | Menor | Familia (e.g. hipertensión)                                   |
| Constitución              | Menor | Familia (e.g. fatiga, dificultad para dormir)                 |
| Sistema Endocrino         | Menor | Familia (e.g. diabetes, colesterol alto)                      |
| Gastrointestinal          | Menor | Familia (e.g. acidez, úlceras)                                |
| Sistema Urinario          | Menor | Familia (e.g. infección en la vejiga, piedras en los riñones) |
| Oídos/Nariz/Boca/Garganta | Menor | Familia (e.g. migrañas)                                       |
| Hematología               | Menor | Familia (e.g. leucemia, anemia)                               |
| Inmunología               | Menor | Familia (e.g. HIV, enfermedad de Lyme)                        |
| Condiciones de la piel    | Menor | Familia (e.g. acné, soriasis)                                 |
| Sistema Óseo /Muscular    | Menor | Familia (e.g. síndrome de Down, artritis)                     |
| Neurología                | Menor | Familia (e.g. epilepsia, Parkinson)                           |
| Psiquiatría               | Menor | Familia (e.g. ADD/ADHD, autismo)                              |
| Sistema Respiratorio      | Menor | Familia (e.g. asma)   |

## CIRUGÍAS (Indique todas las cirugías que el menor ha tenido)

## MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS (Incluya gotas sin prescripción)

↪ **Continúa en el reverso** ↩

**MEDICAMENTOS GENERALES** \_\_\_\_ El menor NO está tomando medicamentos o suplementos

Indique todos los medicamentos o suplementos: \_\_\_\_\_

**EFFECTOS SECUNDARIOS POR LOS MEDICAMENTOS** (Indique los medicamentos y los efectos secundarios)

**HISTORIA GENERAL**

\_\_\_\_ El menor NO fuma, NO consume alcohol o narcóticos y NO presenta historia de enfermedades de transmisión sexual o transfusiones de sangre.

Si la respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

**DESARROLLO FÍSICO**

Complicaciones durante el embarazo o en el parto: \_\_\_\_ Ninguna Si\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

El menor es prematuro: \_\_\_\_ No Si\_\_ Duración del embarazo: \_\_\_\_\_

Peso del menor al nacer: \_\_\_\_\_

¿Consumo de alcohol, narcóticos, medicamentos o tabaco durante el embarazo? \_\_\_\_ No

Si\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

**ANTEOJOS / LENTES DE CONTACTO**

¿El menor está usando anteojos? No Si: Permanentemente De lejos De cerca

¿El menor está usando lentes de contacto? No Si

**EDUCACIÓN**

Grado actual: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez el menor ha tenido que repetir un grado? \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si le respuesta es afirmativa, explique \_\_\_\_\_

¿Recibe el menor algún tipo de ayuda especial de la escuela? \_\_\_\_ No

Si le respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

Por favor responda SI o NO a las siguientes preguntas:

¿Disfruta el menor de la escuela? Si No

¿El desempeño del menor en la escuela está de acuerdo a su potencial? Si No

¿El profesor se encuentra satisfecho con el desempeño del menor? Si No

¿Se encuentra el menor en el grado académico adecuado para su edad? Si No

¿El menor lee al mismo nivel que sus compañeros de clase? Si No

**USO DEL COMPUTADOR / JUEGOS DE VIDEO**

¿El menor usa el computador? \_\_\_\_\_ Horas al día \_\_\_\_\_ Juegos de videos manuales \_\_\_\_\_ Horas al día \_\_\_\_\_

¿El menor presenta los siguientes síntomas cuando usa aparatos electrónicos (seleccione todos los que se aplican)

Ojos cansados Ojos resecos Dolores de cabeza

Visión borrosa Visión doble Ojos rojos

Otros: \_\_\_\_\_

**DEPORTES Y RECREACIÓN**

¿En qué tipo de actividades deportivas o de recreación participa el menor? \_\_\_\_\_

¿Usa el menor algún tipo de anteojos o protección para los ojos en la practica de los deportes \_\_\_\_ No

Lentes de Contacto \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_