

Nombre	Fecha
Fecha de Nacimiento	Fecha del <b>último examen ocular</b>
Indique los medicamentos que utiliza actualmente (radiografía y genéricos).	
<hr/> ¿Tiene alergia a algún medicamento? <b>SÍ</b> <b>NO</b>	
Si la respuesta <b>es Sí o AFIRMATIVA</b> , indique los medicamentos.	
Enumere todas las enfermedades principales (glaucoma, diabetes, hipertensión arterial, infarto, etc.) o lesiones (concusión, etc.).	
<hr/> Enumere las cirugías que ha tenido (catarata, apendicetomía, etc.).	

**¿Tiene problemas en las áreas siguientes? Si la respuesta es AFIRMATIVA, presente información adicional.**

	SÍ	NO	DETALLES
<b>OJOS</b> (mala visión, dolor en ojo, colorado, que desgarra, rojez)			
<b>CONSTITUCIÓN GENERAL</b> (fiebre, apoplejía, pérdida de peso, aumento de peso, inusualmente cansado)			
<b>OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</b> (dificultad para escuchar, nariz congestionada, dolor de oído, tos, boca seca, etc.)			
<b>CARDIOVASCULAR</b> (hipertensión arterial, pulso acelerado, etc.)			
<b>RESPIRATORIO</b> (congestión, sibilante, insuficiencia respiratoria, etc.)			
<b>GASTROINTESTINAL</b> (trastorno estomacal, diarrea, constipación, hernia, úlceras, etc.)			
<b>GENITAL, RIÑÓN, VEJIGA</b> (micción dolorosa, orina frecuente, impotencia, ictericia o piel amarilla, etc.)			
<b>MUJERES</b> ¿Están embarazadas? ¿Lactantes?			
<b>MÚSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES</b> (dolor en articulación, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, etc.)			
<b>PIEL</b> (Granitos, verrugas, crecimientos, erupción, etc.)			
<b>NEUROLÓGICO</b> (entumecimiento, cefalea, convulsiones, parálisis, etc.)			
<b>PSIQUIÁTRICO</b> (Ansiedad, depresión, insomnio)			
<b>ENDÓCRINO</b> (Diabetes, hipotiroidismo, etc.)			
<b>SISTEMA LINFÁTICO EN SANGRE</b> (sangrado, colesterolemia, anemia, problemas relativos a la transfusión de sangre, etc.)			
<b>ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO</b> (estornudos, hinchazón, rojez, picazón, urticaria, Lupus, etc.)			

**ANTECEDENTES FAMILIARES (Madre, padre, abuelos, hermano)**

¿Algún familiar experimentó estas enfermedades (indique todo lo que corresponda)?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO SE SABE</b>
<b>Ceguera, cataratas, glaucoma, diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, apoplejía, cáncer, hipotiroidismo, artritis, otros:</b>			

**ANTECEDENTES SOCIALES**

¿Su visión limita las actividades diarias (manejar, leer, deportes, trabajo, etc.)?.....	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Alguna vez tuvo una transfusión sanguínea?.....	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Bebe alcohol?.....	<b>SÍ</b> <b>NO</b>	Si la respuesta es AFIRMATIVA, ¿cuánto?_
¿Fuma?.....	<b>SÍ</b> <b>NO</b>	Si la respuesta es AFIRMATIVA, ¿cuánto? ¿Durante cuántos años?_

Firma del médico

Fecha