

## FORMA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

RAZÓN POR SU VISITA:

ALERGIAS: (Medicamentos, comida, látex etc.)

Los fármacos actuales / gotas para los ojos:

Medicamentos	dosificación /mg	Instrucciones
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Cirugías previas:

Usa lentes/contactos? Si No Cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Usa contactos suaves o duros? \_\_\_\_\_

Fuma? Si No Cuantos paquetes al dia? \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo tiene fumando? \_\_\_\_\_

Toma alcohol? Yes No Que tanto? \_\_\_\_\_

**La historia clínica:** ¿Tiene usted o cualquier miembro de su familia tiene un historial previo de la siguiente

CONDICION	USTED	FAMILIA	En caso afirmativo, explicar y señalar miembro de la familia
Glaucoma	Si No	Si No	
Artritis	Si No	Si No	
Asma	Si No	Si No	
Cancer	Si No	Si No	
Diabetes	Si No	Si No	
Enfermedad del corazón	Si No	Si No	
Alta presion sanguinea	Si No	Si No	
Alta cholestorol	Si No	Si No	
DVT	Si No	Si No	
<b>Preguntas para usted</b>			
visión borrosa	Si No		
Las moscas volantes	Si No		
Carrera	Si No		
Desmayo	Si No		
Dolores de cabeza	Si No		
Mareo	Si No		