

Bellaire Eye Care

FAVOR DE PONER SU NOMBRE Y FECHA EN CADA PAGINA Y FIRMAR EN LA ULTIMA PAGINA!

♦ **ALERGIAS:** _____

DESCRIBA REACCION: _____

♦ **INMUNIZACIONES/VACUNAS** (EN LOS ULTIMOS 6 MESES)

FECHA _____ TIPO _____

♦ **MEDICINAS ACTUALES** (INCL. VITAMINAS, ETC.)

TABLETAS	DOSIS		FRECUENCIA	
GOTAS Y CREMAS PARA LOS OJOS	D	I	FRECUENCIA	ULTIMA VEZ

♦ **MEDICINAS ANTERIORES** (12 MESES) INCL VITAMINAS, ETC.

TABLETAS
GOTAS Y CREMAS PARA LOS OJOS

♦ **HISTORIA SOCIAL:**

OCUPACION: _____

RIESGOS EN EL TRABAJO: _____

EDUCACION: _____

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO DIVORCIADO VIUDO OTRO

PASATIEMPOS: _____

MASCOTAS (GATOS?): _____ **ARANAZO RECIENTE?** YES NO

VIAJES: _____

COME CARNE CRUDA? SI NO

TABACO: CIGARRILLOS PUROS PIPA MASTICA TABACO

USA AHORA? SI NO CANTIDAD? _____ CUANTO TIEMPO? _____

USO ANTES? SI NO CANTIDAD? _____ CUANTO TIEMPO? _____

LO DEJO? SI NO CUANDO? _____

ALCOHOL: CERVEZA VINO WHISKY OCASIONALMENTE

USA AHORA? SI NO CUANTO? _____ CUANTO TIEMPO? _____

USO ANTES? SI NO CUANTO? _____ CUANTO TIEMPO? _____

DEJO DE TOMAR/CUANDO? _____ REHAB? _____

DROGAS OCASIONALES: TIPO _____

USA AHORA? SI NO CUANTO? _____ CUANTO TIEMPO? _____

USO ANTES? SI NO CUANTO? _____ CUANTO TIEMPO? _____

DEJO DE TOMAR/CUANDO? _____ REHAB? _____

NOMBRE: _____

FECHA: ____ / ____ / ____ HISTORIA#: _____

♦ **HOSPITALIZACIONES/CIRUGIAS:**

HOSPITALIZACIONES NO-QUIRURGICAS:

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

HOSPITALIZACIONES QUIRURGICAS:

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

VISITAS A LA SALA DE EMERGENCIAS:

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

CIRUGIA PACIENTE EXTERNO (NO-OCULAR):

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

CIRUGIA PACIENTE EXTERNO (OCULAR):

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

♦ **HERIDAS** (ESPECIFIQUE SI ES OCULAR):

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

♦ **TRATAMIENTOS ESPECIALES** (RADIACION O QUIMIO.):

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

♦ **EXPOSICION A QUIMICOS** (GAS, VENENOS, DROGAS, ETC.):

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

Bellaire Eye Care

REVICION DE SISTEMAS

NOMBRE: _____

TIENE USTED PROBLEMAS CON...

FECHA: ____ / ____ / ____ EXPEDIENTE: _____

OJOS	Si	No	Allergias/Inmunologico	Si	No	Hematologico/Linfatico	Si	No
Ceguera	[]	[]	Fiebre	[]	[]	Anemia	[]	[]
Perdida de vision	[]	[]	Alergias a	[]	[]	Sangrado	[]	[]
			A medicamentos			Inflamacion	[]	[]
Vision distorcionada	[]	[]	Sintomas constitucionales	Si	No			
Vision borrosa	[]	[]	Fiebre	[]	[]	Integumentario	Si	No
Double vision	[]	[]	Perdida de peso	[]	[]	Piel	[]	[]
						Mamas	[]	[]
Cataractas	[]	[]	Cardiovascular	Si	No	Musculoesqueletico	Si	No
			Dolor cardiaco	[]	[]	Artritis	[]	[]
Vision cruzada	[]	[]	Hipertension	[]	[]	Artritis reumatoide	[]	[]
			Enf. vadsular	[]	[]	Dolor muscular	[]	[]
Luzes o flotadores	[]	[]	Otorrinolaringologia	Si	No	Dolor articular	[]	[]
			Alergias/Fiebre	[]	[]	Neurologico	Si	No
Ojos secos	[]	[]	Sinusitis	[]	[]	Cefalea	[]	[]
Ojos llorosos	[]	[]	Tos cronica	[]	[]	Migraina	[]	[]
Ojo rojo	[]	[]	Boca/garganta seca	[]	[]	Convulsiones	[]	[]
Secrecion mucosa	[]	[]	Infecciones de oido cronicas	[]	[]			
Prurito o ardor	[]	[]	Endocrino	Si	No	Psiquiatrico	Si	No
Ojos arenosos	[]	[]	Sed constante	[]	[]	Desordenes nerviosos	[]	[]
			Polyuria	[]	[]	Depresson	[]	[]
Dolor o irritacion ocular	[]	[]	Diabetes	[]	[]	Comportamiento compulsivo	[]	[]
			Problemas tiroideos	[]	[]			
Photophobia	[]	[]	Otras glandulas	[]	[]	Respiratorio	Si	No
Infecciones oculares cronicas	[]	[]	Gastrointestinal	Si	No	Asma	[]	[]
			Diarrea []	[]	[]	Falta de Aire	[]	[]
Ojos cansados	[]	[]	Constipacion	[]	[]	Enfisema	[]	[]
			Ulceras	[]	[]	Cancer pulmonar	[]	[]
Alos de luz	[]	[]	Genitourinario	Si	No			
			Genitales	[]	[]			
Terapia visual	[]	[]	KRinones	[]	[]			
			Vejiga []	[]	[]			
Cirugia ocular	[]	[]						
Herida ocular	[]	[]						
Desprendimiento de retina	[]	[]						
Glaucoma	[]	[]						

REVISADO POR EL DR...

FIRMA

----- IMPORTANTE! FAVOR DE LEER Y FIRMAR! -----

ENTIENDO QUE LA DRA. _____ MI _____ ESTA ATENDIENDO TODAS MIS QUEJAS NO OFTALMOLOGICAS SENALADAS EN ESTE REPASO DE APARATOS Y SISTEMAS.

REALIZARE UNA CONSULTA CON EL/LA DR/DRA. _____ MI _____ PARA ATENDER TODOS LOS PROBLEMAS MEDICOS AQUI SENALADOS EN ESTA REVICION DE SITEMAS QUE NO SON DE NATURALUZA OFTALMOLOGICA.

SENALE AQUI SIN DESEA UNA COPOA DE ESTA REVICION DE SISTEMAS .

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

----- IMPORTANTE! PORFAVR LEA Y FIRME! -----