

LITTLE ROCK EYE CLINIC

HISTORIA

Nombre _____

Fecha _____

Medico General _____

Cuando fue su ultimo ojo examen ? _____

Referido por su Doctor _____

Cuando? _____

Sirugia or hospitalizacions (incl. Sirugia de la vista) Y
Fecha

Alergias

Fecha DeNacimiento: _____

Sexo : H M Color De Ojos _____

Telefono#: _____

Medicamentos (incl. Gotas)

Problemas Medicos?

Historia social (Circule Cual)

Fuma? No / Si / _____ paquetes por dia/ semana

Beve? No Raro Diario Semana Mensual

Occupacion: _____

Vivo con: _____

Maneja? Si No Con Limitacion Diario

Lee? Si No En letra grande

Tiene SIDA o Hepatitis? Si No

Ha estado en contacto con alguna persona con henfermedad transmitida por sexo? Si No

HISTORIA FAMILIAR

Alguna de las siguientes esta su familia?

Parentesco:

Esplique:

Seguera Si No

Cataratas Si No

Glaucoma Si No

Degeneracion Macular Si No

Desprendimiento de Retina Si No

Distrofia Corneal Si No

Artritis Si No

Cancer Si No

Diabetes Si No

Problemas del Corazon Si No

Henfermedad del Rinon Si No

Alta Presion Si No

Lupus Si No

Otros

POR FAVOR COMPLETE HAMBOS LADOS

NOMBRE DEL PASIENTE _____ **No. de Cuenta:** _____

ESTUDIO DE LOS SENTIDOS:

Resientemente a tenido problemas con alguno de los siguientes:

	Si	No	Esplique El Problema
Hoidos, Naris, Garganta	_____	_____	_____
Cardiovascular	_____	_____	_____
Angina	_____	_____	_____
Palpeteo Irregular	_____	_____	_____
Infarto	_____	_____	_____
Problema Respiratorio	_____	_____	_____
Asthma	_____	_____	_____
Bronquitis / emfysema	_____	_____	_____
Corto de Aliento	_____	_____	_____
Gastrointestinal	_____	_____	_____
Estomago e Intestino	_____	_____	_____
Genitorio	_____	_____	_____
Rinones, Vesicula, genital	_____	_____	_____
Musculoskeletal	_____	_____	_____
Dolor Muscular	_____	_____	_____
Huesos O Cojunturas	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____
Piel	_____	_____	_____
Neurologico	_____	_____	_____
Psiquiatrico	_____	_____	_____
Endocrino	_____	_____	_____
Tyroides, diabetes	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____
Hematologico	_____	_____	_____
Sangre lymfaticos	_____	_____	_____
Alergias	_____	_____	_____

Firma Del Medico _____ **Fecha** _____