

Historia de Vision y Salud General

Fecha _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Gracias por tomar el tiempo a llenar esta forma. Sus respuestas nos ayudan entender sus necesidades visuales y los de su salud general. Todos respuestas se quedan estrictamente confidencial.

Razon por Visita

Cual es la razon por su visita hoy? _____

Estoy interesado en aprendiendo mas acerca de lo siguiente (Haga circulo por lo que aplica).

Lentes para leer	Lentes que oscurecen	Lentes de contacto	Tratamiento de ojo vago
Bifocales sin linea	Lentes polarizados	Contactos por astigmatismo	Tratamiento de bizco
Lentes de computadora	Lentes de deportes	Contactos de colores	Tratamiento de problema aprender
Lentes del sol / gafas	Lentes delgados	Contactos bifocales	Servicios de ciegos

Informacion de Vision y Salud del Ojo

Cuando fue su ultimo examen de los ojos? _____

Utiliza lentes ahora? no si si, pero no siempre Que edad tienen? _____

Utiliza lentes de contacto ahora? no si si, pero no siempre Que edad tienen? _____

Typo de contacto? suave duro Estan comodoss? no si

Cuan a menudo cambia los contactos? _____ Cual solucion utiliza? _____

Tiene (o ha tenido) problemas significas con lo siguiente? (Haga circulo por lo que aplica)

Vision borosa	Vertigo	Herida al ojo	Mal vista de noche	Luces/relampagos
Vision doble	Ojos rojos	Infecciones del ojo	Percepcion de distancia	Flotadores
Dolor de cabeza	Ojos secos	Cirurgia del ojo	Problemas entender al leer	Ojos irritado/cansados
Otras problemas del ojo? _____				

Actividades con Requerimientos Visuales Especiales

Cual es su ocupacion (o grado si es estudiante)? _____

Cual es su ocupacion accesoria (pasatiempos)? _____

Participa en algunos de lo siguientes? (Haga circulo por lo que aplica)

Leyendo	Actividades afera	Trabajo de madera	Canotaje	Golf	Nadando
Musica	Utiliza computadora	Trabajo de metal	Pescando	Tenis	Cazando
Arte	Trabajo de oficina	Soldadura	Manejando largo	Beisbol	Tiro al blanco

Por favor, llena el otro lado.

Informacion Medical

Esta tomando medicinas? (prescripcion, sin prescripcion, o herbas) no si

Si si, lista: _____

Tiene alergias a medicina? no si

Si si, lista: _____

Tiene alergias a plantas o otras cosas? no si

Si si, lista: _____

Esta embarazada o dando del pecho? no si

Cuando fue su ultimo exam medical? _____ Nombre del doctor o clinica? _____

Utiliza tabaco o fuma? no si Si si, typo/cantidad/cuanto tiempo? _____

Historia Medical y Visual de Usted y su Familia

Muchas problemas de la vista y salud vienen de familia. Por favor, indique abajo si usted or un miembro de su familia tiene uno o mas de lo siguiente.

	Condicion	Tiene usted?		Tiene un familiar?			Relacion a usted?	
Ocular	Glaucoma	no	si	no	si	desconocido	_____	
	Degeneracion Macular	no	si	no	si	desconocido	_____	
	Amblyopia (ojo flojo)	no	si	no	si	desconocido	_____	
	Strabismo (bizco)	no	si	no	si	desconocido	_____	
	Problemas leyendo	no	si	no	si	desconocido	_____	
Systemica	Diabetes	no	si	no	si	desconocido	_____	
	Alta Presion	no	si	no	si	desconocido	_____	
	Condicion de corazon	no	si	no	si	desconocido	_____	
	Condicion de tiroide	no	si	no	si	desconocido	_____	
	Cancer	no	si	no	si	desconocido	_____	
	Cholesterol alto	no	si	no	si	desconocido	_____	
	Condicion de respirar	no	si					
	Condicion de higado	no	si	Otros condiciones o problemas? (describe por favor)				
	Condicion de estomago	no	si	_____				
	Condicion de rinon	no	si	_____				
HIV / Aids	no	si	_____					

Firma _____ Firma del Dr. _____ Fecha _____

Firma _____ Firma del Dr. _____ Fecha _____