

# Eye Center of South Florida

## Bienvenidos a nuestra Oficina

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Dirección Completa: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

¿Metodo preferido de comunicacion? Texto, E-mail, Teléfono: \_\_\_\_\_

Ins. Co. / Plan #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Última optometrista u ofalmólogo: \_\_\_\_\_ Último examen de la vista: \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de nosotros? \_\_\_\_\_ ¿Motivo de la visita de hoy? \_\_\_\_\_

### Historial Médico

¿Tiene alguna alergia a medicamentos?  Sí  No Sí es así, explique: \_\_\_\_\_

Haga una lista de los medicamentos que toma (incluyendo anticonceptivos, aspirina, medicamentos de venta libre y remedios caseros):

Incluya todas las lesiones importantes, cirugías y / u hospitalización que halla tenido: \_\_\_\_\_

Marque cualquiera de los siguientes que usted ha tenido:  Dificultad para leer  Estrabismo  Ojo Vago  Glaucoma  
 Enfermedades de la Retina  Cataratas  Lesiones en el Ojo

¿Está embarazada y / o está lactando?  Sí  No

¿Usted usa anteojos?  Sí  No Sí es así, ¿Cuántos años tiene su actual par? \_\_\_\_\_

¿Cuántos pares de anteojos usa actualmente? \_\_\_\_\_

¿Usted usa lentes de contactos?  Sí  No Sí es así, ¿Cuántos años tienen? \_\_\_\_\_

¿Tipo de lentes de contacto?  Rígido  Suave  Desgaste extendido  Otros ¿Estan cómodos?  Sí  No

¿Ha tenido cirugía refractiva?  Sí  No

En el trabajo: ¿Realiza trabajos cerca?  Sí  No

¿Estás al aire libre todo o parte del tiempo?  Sí  No

¿Protección de seguridad es una preocupación en el trabajo?  Sí  No

¿Tiene problemas para leer señales al conducir de noche?  Sí  No

¿Le molesta el resplandor de: Iluminación de carros?  Sí  No

¿Una pantalla de computadora?  Sí  No

¿Luces que vienen en la noche?  Sí  No

¿Es sensible a la luz solar?  Sí  No

¿Qué pasatiempos o deportes de recreo hace o disfruta? \_\_\_\_\_

# Historia Familiar

¿Alguno de sus familiares, vivos o fallecidos, ha tenido alguna de estas condiciones?

Relación con usted

## Enfermedades Oculares / Condición

	SÍ	NO
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desprendimiento de Retina / Enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Enfermedades Sistémica / Condición

	SÍ	NO
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Historia Social

Sí, Yo preferiría hablar de mi información Historia social directamente con mi doctor (Marque la Casilla)

¿Usted maneja?  Sí  No Sí es así, tiene dificultad visual al conducir?  Sí  No Sí es así, explique: \_\_\_\_\_

¿Utiliza productos de tabaco?  Sí  No Sí es así, Tipo / cantidad / cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol?  Sí  No Sí es así, Tipo / cantidad / cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

¿Usa drogas recreativas?  Sí  No Sí es así, Tipo / cantidad / cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

Ha estado alguna vez expuesto o infectado por:  VIH  Gonorrea  Hepatitis  Sifilis  No tengo

# Revisión de los Sistemas

¿Tiene actualmente o ha tenido alguna vez algún problema en las siguientes áreas:

SISTEMA	SÍ	NO	SISTEMA	SÍ	NO	SISTEMA	SÍ	NO
<b>Cancer</b> (tipo) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Endocrino</b>			<b>Gastrointestinal</b>		
<b>Constitutional</b>			Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol Elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida / Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides / Otras Glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Psiquiatría</b>			Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Piel</b> (Inteumentario)			Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Genitourinario</b>		
(tipo) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Alzheimer's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Próstata / Ovario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neurológico</b>			Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñon / Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Musculosqueléticos</b>		
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Oído / Naris / Boca / Garganta</b>			Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ojos</b>			Pérdida Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Garganta seca / Boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Linfático / Hematológicas</b>		
Distorsión de la vista / Halos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Respiratorio</b>			Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La pérdida de la visión lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Hodgkin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Alérgica / Inmunológicas</b>		
Secreción mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoinmune		
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cardiovascular</b>			(tipo) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de cuerpo extraño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sensación Arenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Exceso de lágrimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesion Cerebral / Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ojo dolor o molestia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Infección crónica ojos o párpado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Orzuelo o chalazión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Destellos / Flotadores en Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ojos Cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

## Comentarios adicionales

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Reconozco haber recibido la Política de Privacidad Medical Record (HIPAA).  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_