**Clinica de Emerald City Eye Care**

**Historia Médica del Paciente**

**Nombre Fecha (hoy)**

**Médico Principal Fecha de Última Examen de Ojos**

**Razón de su Visita**

**¿Qué diagnósticos ha tenido?**

**Historia Médica General**

| **Si** | **No** |  | **Si** | **No** |  | **Si** | **No** |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Artritis** |  |  | **Alta Tension** |  |  | **Desmayos/Ataques** |
|  |  | **Asma** |  |  | **VIH, STD (Confidencial)** |  |  | **Estomago/Intestinos** |
|  |  | **Problemas de Vasos** |  |  | **Problemas de Riñones** |  |  | **Derrame Cerebral** |
|  |  | **Cancer** |  |  | **Dolores de Cabeza** |  |  | **Problemas de Tiroides** |
|  |  | **Diabetes** |  |  | **Migrañas** |  |  | **Tuberculosis** |
|  |  | **Problemas de Corazón** |  |  | **Psiquiatricas** |  |  | **Problemas de Piel** |

**Favor de Explicar las respuestas positivas:**

**Está Embarazada? Fuma? consume alcohol?**

**Ha tenido Cirugías? Fecha y tipo de cirugía:**

| **Lista de medicamentos (prescripción and sin prescripción) que toma:** | **¿Tiene alergias a medicamentos? :** |
| --- | --- |

**Historia de Ojos**

| **Si** | **No** |  | **Si** | **No** |  | **Si** | **No** |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Cataratas** |  |  | **Flotadores/Luces** |  |  | **Degeneracion Macular** |
|  |  | **Enfermedad de Córnea** |  |  | **Doble Vision** |  |  | **Enfermedad Retinal** |
|  |  | **Ojo Cruzado/Vago** |  |  | **Glaucoma** |  |  | **Otro Desorden de los Ojos** |
|  |  | **Infecciones de Ojos** |  |  | **Iritis** |  |  | **Heridas a los Ojos** |

**Favor de explicar respuestas positivas:**

**¿Ha tenido cirugía a los ojos? Si es que si, explica**

**Hay parientes que se han diagnosticado con alguno de los siguientes?**

| **Si** | **No** |  | **Si** | **No** |  | **Si** | **No** |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Glaucoma** |  |  | **Enfermedad de Córnea** |  |  | **Enfermedad de Retina** |
|  |  | **Cataratas** |  |  | **Degeneracion Macular** |  |  | **Diabetes** |
|  |  | **Alta Tension** |  |  | **Ojo Cruzado/Vago** |  |  | **Otra Condicion Familiar** |

**Favor de explicar respuestas positivas:**

 **Dilación de los ojos permite al doctor hacer un examen más completo para poder detectar más temprano enfermedades de los ojos. Puede hacer más borrosa la vista y causar sensibilidad a las luces por 4-8 horas.**

 **¿Estaría bien dilatar sus pupilas hoy? (Encierre uno)**

 **Sí No**