

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ES USTED ALERGICO A CUALQUIER MEDICINA? ___ SI ___ NO EXPLIQUE _____

HA TENIDO USTED CIRUJIA DE LOS OJOS? LASER O CATARATAS ___ SI ___ NO EXPLIQUE: _____

HA TENIDO CIRUJIA? _____

CUALES MEDICAMENTOS TOMA USTED? _____

HA TENIDO USTED ESTOS PROBLEMAS? POR FAVOR MARQUE CON UN CIRCULO Y RESPONDA SI O NO

FIEBRE, PERDIDA DE PESO / SUBIDA, FATIGA? ___ SI ___ NO

OIDOS, NARIZ, GARGANTA? ___ SI ___ NO

CORAZON / PALPITACIONES/ALTA PRESION? ___ SI ___ NO

RESPIRATORIOS? ASMA, BRONQUITIS ___ SI ___ NO

ESTOMACALES, DOLOR, DIARRHEA, AGRURAS? ___ SI ___ NO

VISICULA? DOLOR, SANGRE EN LA ORINA? ___ SI ___ NO

MUSCULARES? DOLOR DE HUESOS, ARTRITIS? ___ SI ___ NO

NEUROLOGICOS? PARALISIS, DOLOR ___ SI ___ NO

PSIQUIATRICOS? ANSIEDAD, DEPRESION? ___ SI ___ NO

HAY ENFERMEDAD DE LOS OJOS EN SU FAMILIA ? ___ SI ___ NO

TOMA USTED ALCOHOL? O FUMA CIGARILLOS? ___ SI ___ NO

CUANTO? _____

USTEDES MUJER, ESTA EMBARAZADA? ___ SI ___ NO