

**Forma del Historial de  
Salud del Paciente de Visión**



APELLIDO		NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
DIRECCIÓN				FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE VISIÓN	
ACTUALMENTE ESTÁ SIENDO TRATADO POR UN DOCTOR?		SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO, DE QUÉ?	
NOMBRE DE SU PRINCIPAL PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO			FARMACIA DE PREFERENCIA		
ESPECIALISTA(S) QUE USTED ESTÁ VIENDO ACTUALMENTE					
<b>SALUD GENERAL</b>					
SU SALUD GENERAL ES BUENA?		SI	NO		
HUBO ALGÚN CAMBIO EN SU SALUD GENERAL DENTRO DEL AÑO PASADO?		SI	NO		
HA SIDO USTED HOSPITALIZADO O TUVO ALGUNA ENFERMEDAD SERIA DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS?		SI	NO		
EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR EXPLIQUE				FECHA DE HOSPITALIZACIÓN	
HA SIDO USTED DIAGNÓSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD OCULAR?		SI	NO		
HA TENIDO USTED ALGUNA CIRUGÍA EN SUS OJOS O ALGUNA TRAUMA EN SUS OJOS?		SI	NO		
USTED USA LENTES?		SI	NO		
USTED USA LENTES DE CONTACTO?		SI	NO		
<b>PROBLEMAS MÉDICOS PRESENTES Y DEL PASADO (POR FAVOR MARQUE)</b>					
<b>CARDIOVASCULAR</b>		<b>OJOS, OÍDOS, NARIZ Y BOCA</b>		<b>ENDOCRINÓLOGOS</b>	
ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA		ENFERMEDADES DE LOS OJOS		ENFERMEDADES DE TIROIDES: HIPO HIPER	
ATAQUE DE CORAZÓN		PROBLEMAS SINUSALES		DIABÉTES: TIPO 1 TIPO 2	
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN		<b>GASTROINTESTINALES</b>		RESEQUEDAD DE BOCA	
MARCAPASOS		PROBLEMAS ESTOMACALES		<b>REUMATÓLOGOS</b>	
<b>GENERAL</b>		ÚLCERAS		ARTRITIS/REUMATISMO	
FIEBRE		HEPATITIS: A B C		<b>HEMATÓLOGOS</b>	
AUMENTO DE PESO		<b>ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS</b>		PROBLEMAS DE SANGRADO	
PÉRDIDA DE PESO		SIDA/VIH		FACILIDAD DE MORETONES	
<b>URINARIO</b>		HERPES		TRANSFUSIONES DE SANGRE	
ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES		<b>PSICOLÓGICOS</b>		ANEMIA	
ENFERMEDADES DE LA VEJIGA		ANSIEDAD		<b>ONCÓLOGOS</b>	
<b>PULMONAR</b>		DEPRESIÓN		CANCER	
ASMA		<b>NEUROLÓGICOS</b>		TUMORES	
ENFISÉMA / EPOC		MAREOS		QUIMIOTERAPIA	
TUBERCULOSIS		CONVULSIONES/EPILÉPSIA		TRATAMIENTOS DE RADIACIÓN	
<b>MUJERES ÚNICAMENTE</b>		DOLORES DE CABEZA		<b>ALÉRGICOS</b>	
EMBARAZADA O AMAMANTANDO		MIGRAÑAS		FOOD	
TOMANDO PÍLDORAS ANTICOCEPTIVAS		ATAQUE/ENDURECIMIENTO DE LAS ARTERIAS		MEDICAMENTOS	
				LÁTEX	
<b>HISTORIAL FAMILIAR DE:</b>					
DIABETES		GLAUCOMA		DEGENERACIÓN MACULAR	
<b>SOCIAL HISTORY</b>					
DROGAS RECREACIONALES		TABACO (DE CUALQUIER FORMA)		ALCOHOL	

(Continuar en reversa)

**HISTORIAL MÉDICO**

MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS:

OTROS MEDICAMENTOS (INCLUYENDO SIN RECETA):

ALÉRGIAS A MEDICAMENTOS:

**CIRUGÍAS**

Por favor haga una lista de todas las cirugías que ha tenido

HISTORIAL VISUAL Y DE CIRUGÍAS

HISTORIAL MEDICO Y DE CIRUGÍAS

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIÁN

FECHA

FIRMA DEL PROVEEDOR EN PSHC (PSHC PROVIDER SIGNATURE)

DATE