COASTAL EYE SPECIALISTS
LA HISTORIA DE SU SALUD

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Medico Primario: _____ Quien Lo Referio? _____

	Si	No	
Usas lentes ?	❑	❑	Si usas lentes, cuantos anos tiene? _____
Usas lentes de contacto?	❑	❑	Si usas lentes de contacto, cuanto anos tiene? _____
Estas embarazada O possible que estas embarazada?	❑	❑	Si estas embarazada, cuando se alivia? _____

HISTORIA OCULAR

Alguna vez a teniendo:	**Si**	**No**	**Cuando?**
Vista perdida intermitente	❑	❑	
Parte de la vista perdida	❑	❑	
Doble Vista	❑	❑	
Dolor de ojos	❑	❑	
Rayos de luz	❑	❑	
Moscas volantes	❑	❑	
Cataratas	❑	❑	
Diabetes en los ojos	❑	❑	
Glaucoma	❑	❑	
Degeneracion de la macula lutea	❑	❑	
Desprendimiento de le Retina	❑	❑	
Recequedad de los ojos	❑	❑	
Frecuentes infecciones o inflamacion	❑	❑	
Parpados caidos	❑	❑	
Ojos cruzados	❑	❑	
Ojos perezosos	❑	❑	
Herida en el ojo	❑	❑	
Cirugia en los ojos	❑	❑	

HISTORIA FAMILIAR:

A tenido algun miembro de su familia con:	**Si**	**No**	**Quien?**
Ceguera	❑	❑	
Cataratas antes de 60	❑	❑	
Glaucoma	❑	❑	
Degeneracion de la macula lutea	❑	❑	
Desprendimiento de la Retina	❑	❑	
Retina pigmentosa	❑	❑	
Anemia o sickle cell	❑	❑	
Cancer	❑	❑	
Diabetes	❑	❑	
Enfermedad del corazon	❑	❑	
Infarto	❑	❑	
Migranas	❑	❑	

HISTORIA MEDICO

A tenido usted:	**Si**	**No**	**Cuando?**
Diabetes	❑	❑	
Alta presion sanguinea	❑	❑	
Cancer	❑	❑	
Enfermedad del corazon	❑	❑	
Infarto	❑	❑	
Migranas	❑	❑	
Anemia o sickle cell	❑	❑	
Tendencia a sangrar	❑	❑	
Problemas de los pulmones	❑	❑	
Tuberculosis	❑	❑	
Ulceras	❑	❑	
Enfermedad del higado	❑	❑	
Enfermedad del rinon	❑	❑	
Enfermedad de la glandula de tiroides	❑	❑	
Artritis reumatica	❑	❑	
Depresion	❑	❑	
Trauma Mayor	❑	❑	
Keloids	❑	❑	
Infeccion HIV	❑	❑	

ES UD. ALERGICO (A) ALGUN MEDICAMENTO?
(Si es, por favor escribe:***)***

HISTORIA SOCIAL:

Ud usa:	**Si**	**No**	**Cuanto?**
Tabaco	❑	❑	
Alcohol	❑	❑	

OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL:
❑ soltero(a) □ casado(a) □ divorcado(a)
❑ separado(a) □ viudo(a)

Cuantos hijos/hijas tiene? _____

FIRME:_____

REVIEWER:_____