

Hoja de información médica

Médico de referencia: _____

El médico primario: _____

NAME _____

DOB _____

MRN _____

Hendrix/Slade/Behunin/Reyes

Anderson/Terry/Smith/Kierstin

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? En caso afirmativo, ¿cuándo?

	Si	No	When?
Lesiones oculares			
Glaucoma			
LASIK/RK/PRK (circle one)			
Cirugías oculares (Explicar) _____			
¿Usted usa lentes de contacto?			

	Si	No	When?
Desprendimiento de Retina			
Degeneración macular			
Ceguera			
Otros problemas de los ojos (Explicar) _____			
Ojo perezoso			

¿Alguna vez ha tenido problemas con alguno de los siguientes? En caso afirmativo, ¿cuándo?

	Si	No	When?
La diabetes			
El cáncer			
Enfermedad de la tiroides			
Ataque al corazón o un derrame cerebral			
Trastorno convulsivo			
Alta presión			
Problema de próstata			
Infección de los sinuses			

	Si	No	When?
La artritis(Osteo o RA)			
Enfermedad muscular			
Asma/bronquitis			
El enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica			
Desorden autoimmune			
Colesterol alto			
La Tuberculosis			
Anemia/trastorno sanguíneo			

*** Haga una lista de su actual ubicación y farmacia** _____

Lista de todos los medicamentos que está tomando (incluyendo gotas para los ojos, la aspirina, el control de la natalidad, los suplementos a base de hierbas, vitaminas, etc.) _____

Las alergias a medicamentos: _____

Cirugías Y año aproximado: _____

¿Fuma? Si / No

Eres un ex fumador? Si / No

¿Beber alcohol? Si / No

Sírvase indicar si su familia(y OMS)/parientes consanguíneos han tenido alguna de las siguientes condiciones médicas:

Alta presión La diabetes Desprendimiento de Retina _____

Enfermedad del corazón Ceguera Degeneración macular _____

Updated on: _____ Patient Signature: _____

Updated on: _____ Patient Signature: _____