

Bienvenidos a North Lake Optometria

Nombre: _____ Fecha de Hoy: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajo: _____ Telefono de Celular: _____
 Correo Electronico: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____ Ultima fecha de examen: _____
 Razon principal de la visita de hoy: _____

A quien podemos agradecerle por recomendarlo a nuestra oficina? Goggle Internet Amigo/Familia Otro _____

MEDICAMENTOS	Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia-tiempos por dia?
Lista de medicamentos que toma	1) _____		
	2) _____		
	3) _____		
	4) _____		

Lista de alergias: ninguno penicillina sulfa otra _____
 Nombre de Medico: _____ Ultimo examen Medico: _____

Usa Lentes? No Si Cuantos anos tienen sus lentes actuales? _____
 Usa Contactos? No Si Si si, que tipo y marca? _____
 Ha tenido alguna cirugia ocular /lesiones y fecha? _____

Revision del Sistema

Actualmente o ha tenido algun problema en el area siguiente:

	Si	No		Si	No
CONSTITUTIONAL			RESPIRATORIO		
Discapacidades de Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis Cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindrome de fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OIDO, NARIZ, Y GARGANTA			Obstructiva Cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del Sueno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL		
Boca seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Crohnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laringitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUROLOGICO			Ulcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis Multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo Acido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Celiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paralisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITOURIANO		
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Rinon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de prostata/cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STD-Herpes o clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSIQUIATRICO			MUSCULOESQUELETIC		
Deprecion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit de atencion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distrofia Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR			Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta preccion Sanguinea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTEGUMENTARIO		
Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rosacea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardiaca Congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Herpes Simple/Herpes labial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Infeciion de herpes/herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Porfavor completar el otro lado de la pagina

Nombre _____

Si No

ENDOCRINO

- Diabetes Tipo I Si No
- Diabetes Tipo II (tipico en adultos) Si No
- Disfuncion de Tiroides Si No
- Disfuncion Homonal Si No

HEMOTOLOGICA/INFATICA

- Anemia Si No
- Perdida de sangre (volumen alto) Si No
- Ulcera Si No
- Colesterol Alto Si No

ALERGIA/IMUNOLOGICO

- Lupus Si No
- Sindrome de Sjogren Si No

SALUD DE LOS OJOS

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cataracta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Degeneracion macular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parcheo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estrabismo (ojo desviado) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ambliopia (mala vision en ojo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Queratocono | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MUJERES SOLAMENTE

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Esta usted embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Esta usted amamantando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HISTORIA FAMILIAR *Por favor, tenga en cuenta los antecedentes familiares directos de la siguiente condiciones*

ENFERMEDADES

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Si | No |
| Cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes Tipo I o Tipo II (circule) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alta preccion sanguinea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hipertiroidismo (tiroides alto) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hipertiroidismo (tiroides bajo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cataracta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Degeneracion Macular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Relacion a usted *En caso afirmativo marque uno o mas*

- | | | | | | |
|-------|-------|---------|---------|------|------|
| Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo | Hija |
| Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo | Hija |
| Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo | Hija |
| Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo | Hija |
| Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo | Hija |
| Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo | Hija |
| Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo | Hija |

HISTORIA SOCIAL

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--|
| | Si | No |
| Utiliza productos de tabacco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Caso afirmativo, el tipo/cantidad, cuanto tiempo: _____ |
| Consumo Alcohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Caso afirmativo, el tipo/cantidad, cuanto tiempo: _____ |

IMAGEN DE LA RETINA/FOTO

La fotografia digital de la retina es un procedimiento avanzado que utiliza un acamara de retina altamente especializado. Es una fotografia que podemos detectar signos tempranos de problemas de retina y Administrarlos antes de que su vision se dane. La tarifa es de \$47 por una imagen de los dos ojos. Recomendamos el procedimiento para todos los pacientes en su primera visita y luego cada 1 a 2 años.

- Si, doy me consentimiento para la imagen de retina (\$47).
- Me gustaria discutir este procedimiento con la doctora.

IMAGEN DE LA RETINA RECOMENDADA DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID