

# The Vision Source-Garland

Dr. Reyna Hernandez

Nombre paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Revisión de la historia médica y visual

¿Usted o algún miembro de la familia ha tenido las siguientes enfermedades o de cirugías?

	<u>Ud.</u>	<u>Miembro familiar</u>		<u>Ud.</u>	<u>Miembro familiar</u>
Degeneración Macular	_____	_____	Depresión	_____	_____
Pigmentosa de Retinitis	_____	_____	Problemas mentales	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	Asimientos/convulsión	_____	_____
Cataratas	_____	_____	Jaquecas	_____	_____
Alergias oculares	_____	_____	Tiroides	_____	_____
Cirugía del ojo	_____	_____	Enfisema/bronquitis	_____	_____
Tratamiento del ojo	_____	_____	Problemas del corazón	_____	_____
Flotador	_____	_____	Tensión arterial alta	_____	_____
Visión doble	_____	_____	Fiebre reumática	_____	_____
Lesiones del ojo	_____	_____	Diabetes	_____	_____
Dolor severo del ojo	_____	_____	Cáncer/leucemia	_____	_____
Destellos de luz	_____	_____	Cirugía de la		
			Cabeza o del cuello	_____	_____
Terapia de la visión	_____	_____	Otro _____		
Sensibilidad a la luz	_____	_____	_____		

Nombre y teléfono de su médico familiar \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos actuales \_\_\_\_\_

Nombre de medicamentos que le causan alergias. \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada? Si /No Pasatiempos y deportes \_\_\_\_\_

¿Usa la computadora? Si /No ¿Cuántas horas por día? \_\_\_\_\_

¿Razón por la visita de hoy? \_\_\_\_\_ ¿Lugar de su ultimo examen? \_\_\_\_\_

¿Usted utiliza el contacto? Si / No      ¿Está usted interesado en contactos? Si / No