

<b>Por favor, llene este formulario lo más preciso y completo posible. Escriba con letra de imprenta. Gracias.</b>				
La fecha de hoy				
Nombre del paciente (apellidos primero)				
Fecha de nacimiento				
Médico general del paciente				
Ocupación				
Estatura y peso	pies	pulgadas	libras	
<b>Haga una lista de las medicinas que toma actualmente, con o sin receta médica. Incluya gotas para los ojos.</b>				
<b>Haga una lista de todas las alergias a medicinas o comidas que usted tenga, incluidas las alergias estacionales.</b>				
<b>Haga una lista con las fechas y tipos de cirugías que haya tenido, incluidas las cirugías en el ojo.</b>				
<b>Por favor, indique si usted (el paciente) o un miembro de su familia (padres, abuelos, hermanos), alguna vez ha tenido alguna de estas enfermedades.</b>	<b>Paciente</b>		<b>Familia</b>	
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
01. Ambliopía, estrabismo (bizco), ojo perezoso/flojo				
02. Cataratas				
03. Infección en el ojo				
04. Lesión en el ojo				
05. Glaucoma				
06. Degeneración macular				
07. Problemas cardiovasculares (presión alta, colesterol alto, enfermedad del corazón, arritmia, cáncer)				
08. Problemas endocrinos (diabetes, problemas con la tiroides, cáncer, etc.)				
09. Problemas neurológicos (derrame cerebral, insensibilidad, debilidad, dolor de cabeza, parálisis, convulsiones, cáncer, etc.)				
10. Problemas con oídos, boca/garganta (pérdida de la audición, sinusitis, dolor de garganta, cáncer, etc.)				
11. Problemas gastrointestinales/hígado (acidez, dolor abdominal, cirrosis, hepatitis, cáncer)				
12. Problemas genitales/urinarios (secreción, dolor, sangre en la orina, cáncer, etc.)				
13. Problemas sanguíneos o linfáticos (anemia, leucemia, VIH/SIDA, cáncer, etc.)				
14. Problemas de la piel (sarpullido, sequedad excesiva, heridas que no se curan, cáncer, etc.)				
15. Problemas con el sistema musculo esquelético (dolor de músculos, dolor o hinchazón de articulaciones, artritis, cáncer, etc.)				
16. Problemas siquiátricos (depresión, ansiedad, etc.)				
17. Problemas respiratorios (sibilancia, tos, asma, tuberculosis, bronquitis, cáncer, etc.)				
18. Enfermedades autoinmunes (lupus, enfermedad de Crohn, esclerosis múltiple, etc.)				
19. Fiebre reciente que duró más de 10 días, pérdida de peso inesperado, cansancio				
20. Otras enfermedades no mencionadas anteriormente/arriba				
21. ¿Usted fuma actualmente o ha fumado en el pasado?				

**Firma del paciente o tutor legal:** .....