Por favor, llene este formulario lo más pr	eciso y completo	posible. Escriba con letra de imprenta.	Gracias	5.		
La fecha de hoy						
Nombre del paciente (apellidos primero)						
Fecha de nacimiento						
Médico general del paciente						
Ocupación						
Estatura y peso	pies	pulgadas	[	ibras		
Haga una lista de las medicinas que toma	actualmente, co	on o sin receta médica. Incluya gotas par	a los oj	os.		
	•					
Haga una lista de todas las alergias a med	dicinas o comidas	s que usted tenga, incluidas las alergias e	stacio	nales		
Traga una lista de todas las alergias a med	aicinas o connuas	s que usteu teliga, iliciuluas las aleigias e	Stacio	iaics	•	
Haga una lista con las fechas y tipos de ci	rugías que haya	tenido, incluidas las cirugías en el ojo.				
Por favor, indique si usted (el paciente) o	Paci		Fam	1		
alguna vez ha tenido alguna de estas enfe	ermedades.		Sí	No	Sí	No
01. Ambliopía, estrabismo (bizco), ojo per	ezoso/flojo					
02. Cataratas						
03. Infección en el ojo						
04. Lesión en el ojo						
05. Glaucoma						
06. Degeneración macular						
07. Problemas cardiovasculares (presión a	lta, colesterol alt	o, enfermedad del corazón, arritmia,				
cáncer						
08. Problemas endocrinos (diabetes, prob	lemas con la tiro	ides, cáncer, etc.)				
09. Problemas neurológicos (derrame cere	ebral, insensibilid	lad, debilidad, dolor de cabeza, parálisis,				
convulsiones, cáncer, etc.)						
10. Problemas con oídos, boca/garganta (	pérdida de la auc	lición, sinusitis, dolor de garganta, cáncer	,			
etc.)						
11. Problemas gastrointestinales/hígado (	acidez, dolor abd	lominal, cirrosis, hepatitis, cáncer)				
12. Problemas genitales/urinarios (secreci	ión, dolor, sangre	e en la orina, cáncer, etc.)				
13. Problemas sanguíneos o linfáticos (ane	emia, leucemia, V	/IH/SIDA, cáncer, etc.)				
14. Problemas de la piel (sarpullido, seque	edad excesiva, he	ridas que no se curan, cáncer, etc.)				
15. Problemas con el sistema musculo esq	juelético (dolor d	e músculos, dolor o hinchazón de				
articulaciones, artritis, cáncer, etc.)						
16. Problemas siquiátricos (depresión, ans	siedad, etc.)					
17. Problemas respiratorios (sibilancia, tos	s, asma, tubercul	osis, bronquitis, cáncer, etc.)				
18. Enfermedades autoinmunes (lupus, er	nfermedad de Cro	ohn, esclerosis múltiple, etc.)				
19. Fiebre reciente que duró más de 10 dí	as, pérdida de pe	eso inesperado, cansancio				
20. Otras enfermedades no mencionadas	anteriormente/a	rriba				
21. ¿ Usted fuma actualmente o ha fumad	lo en el nasado?					

Firma (	let	paciente o	tut	or I	egal	
---------	-----	------------	-----	------	------	--