



Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Seguridad social - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_ Origen étnico: *Hispanos o latinos* \_\_\_\_\_  
*No hispanos o latinos* \_\_ *Negarse a responder*

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad-Estad-Cremallera

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente en un centro de rehabilitación o enfermería especializada?

Sí / No

Nombre del centro de enfermería especializada / rehabilitación: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono de la farmacia#: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ ID de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza (si es diferente al paciente): \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ ID de póliza: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Oculista de referencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del oftalmólogo remitente: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía?      Sí      No      Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido una vacuna contra la gripe?      Sí      No      Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido una vacuna contra el COVID?      Sí      No      Fecha de recepción: \_\_\_\_\_



**Historia Clínica (Historial medico)**

¿Tienes diabetes?    Sí    No    En caso afirmativo, ¿de qué tipo?    Tipo I    Tipo II

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo ha sido diabético? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue tu último nivel de azúcar en la sangre?

¿Cuál fue su última hemoglobina A1C?

¿Dependiente de la insulina?    Sí    No

**Historia Social**

¿Eres fumador?    Sí    No    Tabaco y/o marihuana:

Nunca    Ex fumador

Si usted es un ex fumador, ¿cuánto tiempo hace que dejó de fumar? \_\_\_\_\_Años/Meses  
(Años/Meses) (Si usted es un EX fumador, ¿hace cuánto tiempo que lo dejó?)

Fumador/Consumo de tabaco (Fumador/tabaco actual)

\_\_\_\_\_ Paquetes por día \_\_\_\_\_ Vapeo \_\_\_\_\_ Sumergir (Inmersión)

Alcohol:    Ninguno    1-2/Semana    3-4/Semana    7+/Semana

Abuso de Sustancias: \_\_\_\_\_ Sí    \_\_\_\_\_ No

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Si se jubila, la ocupación anterior (Ocupación previa si ya está retirado): \_\_\_\_\_

**Antecedentes oculares: (S o N)**

<input type="checkbox"/>	Catarata
<input type="checkbox"/>	Distorsión
<input type="checkbox"/>	Lesión Ocular / Trauma
<input type="checkbox"/>	Luces intermitentes
<input type="checkbox"/>	Flotadores
<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	Deslumbramiento
<input type="checkbox"/>	Ojo vago
<input type="checkbox"/>	Desprendimiento de retina
<input type="checkbox"/>	Ninguno



**Historia Clínica (Historial medico)**

¿Te han diagnosticado VIH? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Te han diagnosticado hepatitis? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Te han diagnosticado COVID recientemente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Enumere todas las cirugías de sus OJOS):

---

---

Enumere todas las OTRAS cirugías: \_\_\_\_\_

---

¿Ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses?

Sí No En caso afirmativo, motivo de la hospitalización y fechas: \_\_\_\_\_

---

---

*¿Tiene alguna ALERGIA a los medicamentos?*

Sí No

Alergia a medicamentos	Reacción



