

North Torrance Optometría
Cuestionario de Historia Clínica del Paciente

Chad Shimazaki, O.D.
Michael Mayeda, O.D.

17430-B Crenshaw Blvd.
Torrance, CA 90504
310-532-8900

Fecha _____ Dr. / Sr. / Sra. / Ms. / Srta.

Apellido _____ Nombre _____ Seg.Nom. _____ Género: Masculino
Femenino

Número de Seguro Social XXX-XX- _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Primario # de Tel. _____ Casa/Móvil/Trabajo Secundario # de Tel. _____ Casa/Móvil/Trabajo

Otro # de Tel. _____ Casa/Móvil/Trabajo Podemos contactarlo(a) por mensaje de texto? Si / No

¿Podemos contactarlo(a) por correo electrónico? Si / No Dirección de correo electrónico: _____

Empleador _____ Ocupación _____

Nombre de Esposo(a) o nombre de padres/tutor si es menor de edad _____

Contacto de Emergencia _____ # de Tel. _____ Relación _____

¿Es un paciente nuevo? Si / No ¿Si es sí, como se enteró de nosotros? _____

¿Tiene seguro/seguro de **VISION**? Si / No Si es sí cual es el nombre _____

¿Tiene seguro/seguro de **MÉDICA**? Si / No Si es sí cual es el nombre _____ HMO / PPO

INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE LOS OJOS

Fecha del último examen de vista _____ Nombre de su último Optometrista/Oftalmólogo _____

¿Está bajo el cuidado de un Oftalmólogo? Si / No Si es sí, explique _____

¿Alguna vez ha tenido cirugías/lesiones en los ojos? Si / No Si es sí, explique _____

¿Tiene algún problema con sus anteojos actuales? Si / No Si es sí, explique _____

¿Tiene un segundo par de anteojos? Si / No

¿Tiene problemas con brillos o reflejos? Si / No

¿Pasa tiempo al aire libre? (ej: jardinería, caminata, golf, etc.) Si / No

¿Trabaja en la computadora por largos periodos de tiempo? Si / No

¿Tiene preguntas sobre cirugía ocular LASIK? Si / No ¿Si es sí, que tipo? _____

¿Usa lentes de contacto? Si / No

Enumere los deportes en los que participa y sus pasatiempos _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha del último examen médico _____ Nombre del Doctor Medico _____

Enumere cualquier medicina que tome (incluyendo anticonceptivos orales, aspirina y medicamentos de venta libre): _____

¿Tiene alguna alergia? Si / No Si es sí, explique _____

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? Si / No Si es sí, explique _____

Enumere todas las lesiones importantes, cirugías y hospitalizaciones que haya tenido _____

Solo las Mujeres: ¿Esta amamantando o embarazada? Si / No

REVISIÓN DE SÍNTOMAS

Por favor indicar si alguna vez ha tenido problemas con las siguientes condiciones:

Alergia/Inmunológica

Ninguno
Lupus
Artritis Reumatoide
Alergia Ambientales
Otro

Oídos, Nariz, y Garganta

Ninguno
Sinusitis
Respiratorio Superior
Infección del Tracto
Otro

Gastrointestinales

Ninguno
Enfermedad de Crohn
Colitis
Reflujo Acido/Úlcera
Otro

Piel/Tegumentario

Ninguno
Eczema
Rosácea
Psoriasis
Otro

Psiquiátrico

Ninguno
Depresión
Bipolar
Esquizofrenia
Otro

Cardiovascular

Ninguno
Hipertensión
Enfermedad d. Corazón
Ataque al Corazón
Enfermedad Vascular
Colesterol Alto
Otro

Glándulas Endocrinas

Ninguno
Diabetes
Disfunción Hormonal
Disfunción d. la Tiroides
Otro

Respiratorio

Ninguno
Asma
Bronquitis
Enfisema
Otro

Musculo/Esquelético

Ninguno
Artritis
Espondilitis Anquilosante
Herpes/Clamidia
Otro

Genital/Urinario

Ninguno
Infección d. Tracto Urinario
VIH Positivo
Enfermedad Vascular
Otro

Hematológicas/Linfático

Ninguno
Anemia
Leucemia
Trastorno d. Coagulación
Otro

Neurológico

Ninguno
Esclerosis Múltiple
Epilepsia
Tremores
Otro

Salud General

Ninguno
Pérdida o aumento de Peso
Fiebre
Fatiga
Trauma
Otro

HISTORIA SOCIAL

Uso d. Tabaco:

Si / No / En el pasado

Consumo d. Alcohol

Si (Social) / Si (1 o más al día) / No

Otras Sustancia

Si / No

ATECEDENTES FAMILIARES MÉDICOS

Indique si alguna de las condiciones se aplica a usted o un miembro de la familia (sólo los parientes de sangre)

Enfermedad/Condición	Sí Mismo	Miembro Familiar	Relación
Ceguera	Si / No	Si / No	_____
Vuelta d. Ojo	Si / No	Si / No	_____
Glaucoma	Si / No	Si / No	_____
Degeneración d. la Macula	Si / No	Si / No	_____
Desprendimiento d. la Retina	Si / No	Si / No	_____
Otro: _____	Si / No	Si / No	_____

Por favor, firme a continuación para reconocer que esta forma es actualizada.

Firma: _____ Fecha: _____ Iniciales del Doctor: _____

Fecha Revisado: _____ Iniciales: _____ Iniciales del Doctor: _____

Fecha Revisado: _____ Iniciales: _____ Iniciales del Doctor: _____

Fecha Revisado: _____ Iniciales: _____ Iniciales del Doctor: _____