Broadway Vision Services

59 Broadway, Newark, NJ 07104
Teléfono 973-268-2565 Fax 973-484-3868

Historial médico y de la vista

Por favor complete este formulario antes de su cita. Sus respuestas ayudan al médico a cuidar sus ojos y se mantienen confidenciales.

Información del paciente

Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento

Fecha de hoy

Teléfono

Correo electrónico

Médico de cabecera

Su cita

Motivo principal de su cita de hoy

Fecha de su último examen de la vista

¿Qué usa actualmente? ☐ Anteojos ☐ Lentes de contacto ☐ Anteojos para leer ☐ Nada

Si usa lentes de contacto: tipo o marca

Horas de uso al día

¿Tiene alguno de estos síntomas ahora?

- ☐ Visión borrosa de lejos
- ☐ Visión borrosa de cerca
- ☐ Visión doble
- ☐ Dolor de ojos
- ☐ Ojos rojos
- ☐ Picazón u ojos llorosos
- ☐ Ojos secos o ardor
- ☐ Sensibilidad a la luz
- ☐ Manchas flotantes o destellos
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Cansancio visual con pantallas
- ☐ Dificultad para ver de noche

Historial de los ojos

Usted	Familia		Usted	Familia	
☐	☐	Glaucoma	☐	☐	Cataratas
☐	☐	Degeneración macular	☐	☐	Enfermedad diabética del ojo
☐	☐	Desprendimiento de retina	☐	☐	Ojo perezoso (ambliopía)
☐	☐	Ojo desviado o bizco	☐	☐	Queratocono
☐	☐	Lesión en el ojo	☐	☐	Ceguera

Cirugía o tratamiento láser de los ojos (tipo y año)

Historial médico

Marque las que tiene ahora o ha tenido.

- ☐ Diabetes
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Enfermedad del corazón
- ☐ Derrame cerebral
- ☐ Enfermedad de la tiroides
- ☐ Artritis o lupus
- ☐ Asma o EPOC
- ☐ Migrañas
- ☐ Cáncer
- ☐ Enfermedad de los riñones
- ☐ VIH / hepatitis
- ☐ Apnea del sueño
- ☐ Depresión o ansiedad
- ☐ Embarazada o lactando

Broadway Vision Services

59 Broadway, Newark, NJ 07104
Teléfono 973-268-2565 Fax 973-484-3868

Si tiene diabetes: año del diagnóstico y último A1C

Otras enfermedades o cirugías

Historial familiar

☐ Diabetes ☐ Presión arterial alta ☐ Enfermedad del corazón ☐ Derrame cerebral

Medicamentos

Incluya pastillas, gotas para los ojos, inhaladores, vitaminas y suplementos.

Medicamento	Dosis	Para qué lo toma

Alergias

☐ No tengo alergias conocidas

Alergias a medicamentos y reacción

Otras alergias (látex, alimentos, estacionales)

Estilo de vida

Ocupación

Horas frente a pantallas al día

¿Maneja? ☐ Sí ☐ No

¿Fuma o usa vapeador? ☐ Sí ☐ No

Alcohol ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Diario

Firma

La información en este formulario es correcta a mi leal saber y entender. Avisaré a la oficina si mi salud o mis medicamentos cambian.

Firma del paciente (o padre/madre/tutor)

Fecha

Si firma por el paciente, parentesco

Uso de la oficina: Revisado por