

Patient History Information (Child)

Que es la razon para la visita del paciente hoy?

- Referido por Dr _____
- Evaluacion de salud ocular _____
- Problema especifico: _____

Quien esta presente con el paciente hoy? _____

Que es su releacion al paciente? _____

Cuando fue su ultimo examen del paciente? _____

El paciente fue tratado por cual quier de los suguientes? Por favor marque apropiadamente todos los que apliquen.

Explique mas como sea necesario en el lugar proveado.

Si No General/Constitucional (perdida de peso, fiebre,apetito, otro) _____

Si No Oidos/Nariz?Garganta (boca seca, dolor de garganta frecuente, dolor de oido, problemas con sinus, perdida de oir,) _____

Si No Cardiovascular (alta ppresion, pulso rapido, dolor de pecho, ataque al Corazon) ____

Si No Respiratorio (falta de aire, asma, resollar, emfasea, bronquitis, COPD, toz) _____

Si No Gastrointestinal (dolor de estomago, diarrea, estreñimiento, vomitos, reflujo, ulceras) _

Si No Musculoskeletal (dolor de coyuntura, arthritis, calambres, muslos debiles) _____

Si No Piel (ronchas, tumor, urticaria, acne, rosacea, piel muy reseca) _____

Si No Neurologico (entumecimiento, dolor de cabeza, mareos, ataque cerebral, paralysis) _____

Si No Psiatrico (depression, ansiedad, bipolar, mal humor, fobias, insomnia) _____

Si No Endocrino (diabetis, enfermedad de la tiroides) _____

Si No Sangre/Linfa (alto colesterol, anemia, leukemia, moretones faciles) _____

Si No Alergias/immunologicos (estornudos, inchazon, rojo, comezon) _____

Si No Cancer (lista tipo, locacion, fecha, y tratamiento) _____

Si No Enfermedad infectosas (tuberculosis, sifilis, SIDA, VIH, hepatitis) _____

Otros problemas: _____

Por favor conteste lo siguiente sobre el naciemiento del paciente:

Cuanto peso el paciente al nacer? _____

A las cuantas semanas nacio el paciente? _____

El paciente nacio Vaginal Por Cesaria

Requirio oxigeno al nacer? Si No Si, por cuanto tiempo? _____

El paciente era itericia al nacer (piel color amarilla)? Si No Si, que tipo de tratamiento recibio y por cuanto tiempo: _____

Ha tenido algun tipo de operacion, estancia en el hospital, enfermedad grave, o heridad?

Si No Si, por favor haga lista abajo:

El paciente toma medicamento (incluyendo sin receta, hierba, y vitaminas)? Si No

Si, por favor haga lista abajo:

El paciente tiene alergias a meddicamento o comida? Si No Si, por favor haga lista de las cosas que l dan alergias y las reacciones relacionadas con ellas:

Historia de Ojos

Ha tenido el paciente cualquiera de los siguiente condiciones de os ojos? Por favor marque y explique.

- Si No Catarata _____
- Si No Enfermedad de la cornea o transplante _____
- Si No Enfermedad de los ojos diabeticos _____
- Si No Glaucoma _____
- Si No Ojo vagante (pobre vision en un ojo) _____
- Si No, hay historia de terapia de parchando en el pasado o ahorita? _____
- Si No Enfermedad de los muslos (mal alinamiento de los ojos) _____
- Si No el paciente ha tenido operacion de los muslos de los ojos) _____
- Si No cuando, en donde, y uno o dos ojos: _____
- Si No Separacion o agujero retinal _____
- Si No Herida del ojo _____
- Si No Operacion del ojo o lasar _____

Historial de Familia

Cual quier de los miembros de la familia del paciente tiene cual quier de los sieguiente? Si, por favor marque y indique la relacion al paciente:

- Si No Cancer _____
- Si No Diabetis _____
- Si No Glaucoma _____
- Si No Enfermedad del Corazon _____
- Si No Enfermedad retinal _____
- Si No Migranias _____
- Si No Historia de lentes a temprana edad _____
- Si No Pobre vision en un ojo _____
- Si No Mal alinamiento _____
- Si No Otro _____

Historia Social

- Si No El paciente lee a su grado o major ?
- Si No El paciente recibe servivios de educacion especial?
- Si No El paciente fuma?
- Si No El paciente toma alcol?
- Si No El paciente usa lentes ahorita?
- Si No El paciente usa lentes de contacto?
- Si No Mujeres, estan embarazadas?

Firma del Padre o guardian del paciente _____ Fecha _____

Technician Signature _____ Date _____

Physician Signature _____ Date _____