

Family Eye Care

Cuestionario de Historia Clínica

ID#

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

¡La dirección de correo electrónico es muy importante! Será nuestra forma de comunicarnos con usted con respecto a la información médica, registro médico de salud, etc.

Dirección de correo electrónico: _____

Numero de telefono: _____

¿Cómo le gustaría que se le notificaran las citas? __Casa__ Celular__ Trabajo__ Email__ Correo

¿Está bien enviar mensajes de texto a su teléfono celular para recordatorios de citas? __Si__ No

Farmacia preferida: _____

Altura: _____ Peso: _____

Número de bebidas alcohólicas por día _____

Número de cigarrillos por día _____

Médico de Atención Primaria: _____

Sí__No__

Si es diabético, ¿cuál fue su último nivel de azúcar en la sangre y cuando _____ A1C (promedio de 3 meses) _____

Por favor, compruebe todas las siguientes condiciones que experimenta:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz/brillo | <input type="checkbox"/> Ojos cansados |
| <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Dolor o Molestia |
| <input type="checkbox"/> Sensación de cuerpo extraño | <input type="checkbox"/> Infección del ojo o del párpado | <input type="checkbox"/> Picazón |
| <input type="checkbox"/> Mucosa / Secreción | <input type="checkbox"/> Párpado caído | <input type="checkbox"/> Rojez |
| <input type="checkbox"/> Sensación arenosa | <input type="checkbox"/> Ojo vago | <input type="checkbox"/> Ojo cruzado |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa a distancia | <input type="checkbox"/> Visión borrosa cerca | <input type="checkbox"/> Visión distorsionada |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Flotadores o manchas | <input type="checkbox"/> Visión fluctuante |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión | <input type="checkbox"/> Desgarro excesivo | <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión lateral |
| <input type="checkbox"/> Halos / Estallidos de estrellas | <input type="checkbox"/> Destellos de luz | <input type="checkbox"/> Frotamiento excesivo |

Estudiantes:

- Problemas para seguir una línea de impresión Dificultad para enfocarse en dispositivos electrónicos
- Problemas para enfocar cerca de lejos

Si marcó alguno de los anteriores o tiene una condición no enumerada, explíquelo a continuación.

Por favor, enumere las gotas para los ojos / ungüentos para los ojos, las dosis, la frecuencia y por qué los toma:

¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? Si__No__ En caso afirmativo, indíquelos:

Signature _____ Date _____

Family Eye Care
100 N Main Street
LaBelle FL 33935
(863) 675-0761

INFORMACIÓN SOBRE colirios dilatando

Gotas de dilatación se utilizan para dilatar o ampliar los pupilas de los ojos para permitir el optometrista para tener una mejor vista del interior de su ojo.

Gotas de dilatación frecuencia desenfoque visión para un período de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes que le cause molestia. No es posible que su optometrista para predecir cuánto se verá afectada su visión. Debido a que la conducción puede ser difícil inmediatamente después de un examen, es mejor si usted hace los arreglos no conducir usted mismo.

Reacción adversa, tales como el glaucoma agudo de ángulo cerrado, puede ser desencadenada por las gotas de dilatación. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata.

Por la presente autorizo al Dr. Parrish y/o Dr. Youmans o sus asistentes que sean designadas por él / ella para administrar la gotas de dilatación de los ojos. Las gotas para los ojos son necesarios para diagnosticar mi enfermedad.

Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente) Firma por vida

Fecha

Testigo

Fecha