

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Doctor Referente: \_\_\_\_\_

**Indique cualquier enfermedad/trauma ocular que le hayan dicho que tiene:**  ninguna

Cataratas  Glaucoma  Degeneración Macular  Desgarro/desprendimiento de la retina  Trauma ocular

Otro: \_\_\_\_\_

**Por favor indique cualquier cirugía ocular que hay tenido:**  ninguna

cirugía de catarata Ojo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

cirugía ocular LASIK/ queratotomía radial / queratoplastia penetrante (circule que tipo)

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

cirugía de glaucoma Tipo: \_\_\_\_\_ Ojo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

cirugía de la retina Tipo: \_\_\_\_\_ Ojo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**Indique cualquier enfermedad sistémica que le hayan dicho que padece:**  ninguna

Diabetes (Año \_\_\_\_\_)  Cáncer (tipo \_\_\_\_\_)  Desorden autoinmune (tipo \_\_\_\_\_)

Artritis  Tiroides  Cardiopatía  Hipertensión  Problemas de próstata

Otro: \_\_\_\_\_

**Por favor detalle cualquier otra cirugía que haya tenido:**  ninguna

Tipo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**Por favor detalle todos los medicamentos que toma, incluyendo las vitaminas, los suplementos y los de venta libre.**

**O si prefiere,** Eye Associates of New Mexico puede descargar su historial de medicamentos del ultimo año de las farmacias participantes. ¿Nos da permiso para descargar esta información?

No  Si Iniciales \_\_\_\_\_

Sin medicamentos, gotas para los ojos, vitaminas ni suplementos

| Medicamento | Dosis | Frecuencia | Medicamento | Dosis | Frecuencia |
|-------------|-------|------------|-------------|-------|------------|
|             |       |            |             |       |            |
|             |       |            |             |       |            |
|             |       |            |             |       |            |
|             |       |            |             |       |            |

**Por favor detalle los medicamentos a los que es alérgico:**  ninguna

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

