

NOMBRE:
OCUPACION:

FECHA DE el NACIMIENTO:
Fecha de último examen de los ojos

FECHA:

EI NOMBRE DE MEDICO:
TEL #:

Doctor(a) referente:
TEL #:

¿Está embarazada o amamantando actualmente? Pregnant/Breastfeeding?

Si la respuesta es si enumere los medicamentos y la sustancia:

¿Alguna vez se sometió a una

?

Si es así, ¿cuándo y dónde?

	(GP,F,M,B,S,etc.)	¿	tiene algún problema en las siguientes áreas?			
	Y	N	Y	N	Y	N
	Y	N	Y	N	Y	N
	Y	N	Y	N	Y	N
	Y	N	Y	N	Y	N
	Y	N	Y	N	Y	N
	Y	N	Y	N	Y	N
Hipertensión	Y	N	Secreción mucosa	Y N	Visión nocturna	Y N
Cardiopatía	Y	N	Arenosa o arenosa	Y N	Fiebre	Y N
Nefropatía	Y	N	Picazón	Y N	Pérdida de peso	Y N
Lupus	Y	N	Picar / Ardor	Y N	Cardíacos/Respiratorios	Y N
Accidente cerebrovascular	Y	N	Cuerpo extraño	Y N	Estómago / Riñón	Y N
Enfermedad de tiroides	Y	N	Riego excesivo	Y N	Hueso/Articulación /Inmune	Y N
Otros	Y	N				

Marca Rx B.C. DIA B.C. DIA
Nombre TEL # FAX #
Dirección

abaquismo: Actual, por _____ años ¿Cuando dejaste de fumar?_____/ Nunca ¿Cuánto / a menudo? _____
Alcohol: SI / NO ¿Cuánto / a menudo?_____ (es decir, en ocasiones, socialmente, 1 copa de vino / día, 2-3 cervezas / día, etc.)
Drogas: SI / NO Tipo: ¿Cuánto / a menudo?_____
Otros:

Firma:

Fecha: