HISTORIAL MÉDICO:

Con la mejor corrección visual, ¿ha sufrido alguno de los siguientes síntomas?

- ☐ Visión borrosa de cerca
- ☐ Visión borrosa de lejos
- ☐ Desenfoque de media distancia (tablero/computadora)
- ☐ Ojos rojos
- ☐ Resequedad de ojos
- ☐ Ojos llorosos
- ☐ Dolor alrededor/en los ojos
- ☐ Ve manchas/negras
- ☐ Ve destellos
- ☐ Ve auras/relámpago/resplandor
- ☐ Visión doble
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Brillo cuando está afuera
- ☐ Brillo cuando está dentro
- ☐ Otro

Fecha del último examen de la vista: _____ Lugar: _____

¿Requiere usar algo especial para su vista? (profesión/ computadora/hobbie/deportes) _____

¿Cuántas horas al día pasa enfrente de la computadora? _____

Fecha de su último examen físico regular: _____ Médico de cabecera: _____

Fuma: ☐ No ☐ Sí ☐ Anteriormente ☐ Nunca

Actualmente ¿toma alcohol?: ☐ No ☐ Sí ¿podría estar embarazada ahora?: No ☐ Sí ☐

Usa lentes actualmente: ☐ No ☐ Sí (visión única/bifocal/progresiva)

Usa lentes de contacto actualmente: ☐ No ☐ Sí (Marca: _____). ¿Cuántas horas al día los usa?_____

En liste TODOS los medicamentos que actualmente está tomando: _____

_____

En liste CUALQUIER alergia a medicamentos: _____

Indique todo lo que aplica

Condición	**Usted**	**Madre**	**Padre**	**Hermana**	**Hermano**	**Hijo**	**Hija**	**Otro**
Cataratas								
Glaucoma								
Degeneración macular								
Ceguera								
Ojo perezoso/ojo desviado								
Desordenes de la retina								
Cirugía / lesión de los ojos								
Diabetes								
Colesterol alto								
Alta presión								
Enfermedades del corazón								
Enfermedades de la tiroides								
Cáncer (indique el tipo)								
Migrañas/ neurológicas								
Depresión/ansiedad								
Reflujo/úlcera								
Pérdida de la audición								
Artritis								
Enfermedad del pulmón/asma								
Enfermedad infecciosa								
Enfermedad de la piel								
Alergias de temporada/alimentos								
Riñón, vejiga/genital								
Otro:								