

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Por favor responda "sí" o "no" a cada una de las siguientes preguntas:

**Signos o Síntomas Recientes:**

	Sí	No	¿Hace cuando?		Sí	No	¿Hace cuando?
¿Falló el examen de la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Parpadea frecuentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ojo desviado o bizco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Sensitividad hacia la luz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Vista borrosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Vista doble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Puede enfocar la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Pobre decisión de profundidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Lágrimas o descarga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Ojos que tiemblan o se mueven de un lado al otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ojos rojos o hinchados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Otros Síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Párpado caído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
¿Se talla los ojos?							

Notes: \_\_\_\_\_

**Historia de Problemas de los Ojos:**

	Sí	No	¿Hace cuando?		Sí	No	¿Hace cuando?
¿Atendido por otro doctor?				¿Heridas al ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Cual doctor? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Cirugías en el ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Uso de lentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Otros problemas del ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Uso de parche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

**Medicamento que el paciente está tomando (incluya gotas de los ojos):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Birth History/ Medical History/Review of Systems:**

Peso al nacer: \_\_\_\_lb \_\_\_\_oz

	Sí	No		Sí	No
¿Problemas durante el embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Otras operaciones (no del ojo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Problemas durante el parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alergia a alguna medicina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se usaron fórceps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Nació más de 2 semanas antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas con la respiración o con los pulmones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El bebé fue retenido en el hospital por alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas con los oídos, nariz, garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Desarrollo tardío?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas con el estómago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Inhabilidad de aprender o desorden de atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Diagnóstico médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolores de la espalda o coyuntura/hinchazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Síndrome de Down?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ronchas en la piel? ¿Cicatrices hondas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Parálisis cerebral o lesión cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas psicológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Desorden genético o de cromosoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Facil de moretón? ¿Sangradura facil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Previamente fue hospitalizado o tuvo CT/ MRI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pubertad antes de tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ataques repentinos (convulsiones)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Historia Familiar:** ¿Alguien en su familia que es **PARIENTE DE SANGRE** del paciente tiene/ tuvo alguna de las siguientes?: (en caso que su respuesta sea "sí", por favor anote a cual pariente describe. Por ejemplo; padre, madre, abuelo(a), tío(a), primo(a), etc.)

	Sí	No		Sí	No
¿Ceguera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Catarata en la infancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ojo perezoso (Ambliopía/ "ojo flojo")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Glaucoma en la infancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ojos cruzados u ojos que se mueven de un lado al otro? (estrabismo o nistagmo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Otra enfermedad seria del ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Lentes antes de los 6 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cáncer en el ojo (retinoblastoma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Desarrollo tardío?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cáncer en el ojo (retinoblastoma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿Ambos padres vivos y en buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Notas del Médico:** Fecha de Revisión: \_\_\_\_\_

Cirujías:	Procedimiento	Fecha	Cirujano
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____