



Patient Name: _____

(Nombre)

Appointment Date: _____

(Fecha de Cita)

Primary Care Doctor: _____

(Doctor Primario)

Referring Physician: _____

(Doctor de Referencia)

Please answer the following questions as completely as possible:

(Favor de contestar las preguntas lo mas que puedas)

Personal Medical History (Historia Personal Medica)			
Have you ever had? (Has Tenido?)	Yes(Si)	No(No)	If yes, please list date of diagnosis (Fecha cuando lo diagnosticaron)
Diabetes Mellitus (Diabetes)			
Hypertension (High blood pressure) (Altaprescion)			
Stroke (Ataque de cerebro)			
Rheumatoid Arthritis/Sjogren's syndrome (Artritis/Sindrome de Sjogren's)			
Hydroxychloroquine or Plaquenil use (Uso de Plaquenil)			
Tuberculosis (Tuberculosis)			
Cancer (type) (Cancer - Que tipo)			

Other Medical Conditions: (Otras Condiciones Medica) _____

Personal Eye History (Historia Personal de los Ojos)			
Have you ever had? (Has tenido)	Yes (Si)	No(No)	If yes, please list date of diagnosis / eye (Fecha cuando lo diagnosticaron)
Glaucoma (Glaucoma)			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Uveitis/Iritis (Iritis)			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Retinal Detachment or Tear (Desprendimiento de la Retina)			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Loss of vision (Perdida de vista)			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Macular Degeneration (Degeneration de la Macula)			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Cataract Surgery (Operacion de Cataratas)			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Laser Surgery (Operacion de Laser)			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
LASIK/PRK (Operacion de LASIK/PRK)			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Retina Surgery (Operacion de la Retina)			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L

Other Eye Surgery: _____
(Otras operaciones de los ojos)

Other Eye Problems: _____
(Otros Problemas de los ojos)

Other Surgical History: _____
(Otras Operaciones)

Family History <i>(Historia Familiar)</i>			
Do any of your blood relatives – Living or Deceased – have any of the following diseases? <i>(Algun quien su parientes- vivo o muerte)</i>			
	Yes <i>(Si)</i>	No <i>(No)</i>	Relative <i>(Parientes)</i>
Diabetes Mellitus <i>(Diabetes)</i>			
Glaucoma <i>(Glaucoma)</i>			
Macular Degeneration <i>(Degeneracion de la Macula)</i>			
Hereditary Eye Disease <i>(Enfermedades Hereritarios de los ojos)</i>			
Retinal Detachment <i>(Desprendimiento de la Retina)</i>			
Other Eye Diseases <i>(Otras enfermedades de los ojos)</i>			

Personal Social History <i>(Historia Social)</i>				
Have you ever or do you currently? <i>(Has Tenido)</i>	Yes <i>(Si)</i>	No <i>(No)</i>	Sometimes <i>(A Veces)</i>	Quit <i>(Dejo de usar)</i>
Drink Alcohol <i>(Consumes Alcol)</i>				
Use Illicit drugs <i>(Usas Drogas)</i>				
Use IV drugs <i>(Usas inyecciones para drogas)</i>				
Smoke <i>(Fumas)</i>				
If Yes, how many packs per day? <i>(Cuantos paquetes al dia?)</i> _____				

Do you have ALLERGIES to medications? Please list in the spaces provided:
(Tienes Alergias a medicinas? Por Favor, listo en el previsto espacio)

Medications: *(Medicamentos de Alegria)*

Reaction: *(Reaccion)*

Do you take any medications?

(Usas medicinas para su salud general)

Yes (Si)

No (No)

If yes, please list the medications in the spaces provided:

(Favor listo sus medicinas en el previsto espacio)

Do you use any Eye Drops?

(Usas gotas para los ojos)

Yes (Si)

No (No)

If yes, please list in the spaces provided

(Favor listo sus gotas en el previsto espacio)

 R L

 R L

 R L

 R L

 R L

 R L

 R L

 R L

 R L

 R L

 R L

 R L

 R L

 R L

 R L

Your Pharmacy / Pharmacies (Name, Address, Phone #) - Please list in the spaces provided:

(Su Farmacia (Nombre, Dirección, Número de teléfono) - Por Favor, listo en el previsto espacio)

Your Occupation / Favorite Activities (visual needs) *(Su ocupación / Sus actividades favoritas)*
