

Cuestionario Medico

Nombre Del Paciente _____ Fecha _____

1. ¿Qué ojo está involucrado? Derecho Izquierda Los dos
2. ¿Cuándo se desarrolló esta condición? (comienzo) _____
3. ¿Usa lentes de contactos? Sí No
 - Si es así, ¿segué siendo usados los lentes? Sí No
 - Si el uso de lentes ha sido discontinuado, ¿cuándo fue la última vez que fueron usados los lentes? _____
4. ¿Hay una descarga actual? Sí No
 - Si es así, ¿cómo describiría la descarga? Lacrimoso | Purulento (lagañas) | Fibroso Dureza | Los párpados están pegados cerrada en la mañana? | Otro _____
5. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?
 - Dolor | Sensibilidad a la luz inusual | Visión borrosa | Enrojecimiento difuso Enrojecimiento localizado | Comezón | Quemación | Destellos de luz | Flotadores
6. ¿Ha tenido resfriados o enfermedades recientes? Sí No
7. ¿Qué medicamentos, en su caso, ha utilizado ya para esta condición? _____
8. ¿Ha habido alguna lesión reciente en el ojo, o la exposición a otras personas con infecciones oculares que podría haber causado el efecto de ojos rojos? _____
9. ¿Es alérgico a algún medicamento? Sulfa | Penicilina | Otra _____
10. ¿Está tomando algún medicamento para otras condiciones como la diabetes? _____
11. ¿Hay alguna posibilidad de embarazo? Sí No

Me doy cuenta de que voy a ser responsable de pagar si mi seguro privado no cubre. Hay un pago para la visita inicial y en cada visita subsiguiente. Si mi seguro tiene un copago, será debido en cada visita.

Firma _____