

Información General del Paciente

Información del Paciente

Título	Nombre	Apellido	MI	Sufijo	Nombre preferido
Dirección					
Ciudad		Estado		Código postal	
Número de celular					
Número de casa					
Número de trabajo					
Correo electrónico					
Método preferido de contacto					(celular, casa, trabajo, correo electrónico)
Número de seguro social		Ocupación/estudiante			
Fecha de nacimiento		Empleador/Escuela			
Género		Guardián/Nombre misceláneo			
Statuo matrimonial		Doctor primario			

Nombre/Dirección de facturación (solo si es diferente a la dirección regular)

Título	Nombre	Apellido	MI	Sufijo	Nombre preferido
Dirección					
Ciudad		Estado		Código postal	
Número de casa					
Número de trabajo					

Aseguranza de visión

Nombre del asegurado	
Plan de aseguranza	
Número de identificación	
Número de grupo	

Si no es el primerizo en la cuenta, favor de llenar la siguiente sección

Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre

Nombre					
Relación de paciente a persona asegurada		(espos(a), hijo, otro)			
Dirección					
Ciudad		Estado		Código postal	
Fecha de nacimiento					
Número de seguro social					
Lugar de Empleo/Escuela					

Aseguranza Medica

Nombre del asegurado	
Plan de aseguranza	
Número de identificación	
Número de grupo	

Si no es primario en la cuenta principal, porfavor completa la siguiente seccion

Apellido, Nombre, Inicial

Nombre					
Relación de paciente a persona asegurada		(espos(a), hijo, otro)			
Dirección					
Ciudad		Estado		Código postal	
Fecha de nacimiento					
Número de seguro social					
Lugar de Empleo/Escuela					

Historial de adulto

Fecha de último examen de la vista
Médico primario

Oficina de examen de la vista

Alergias a medicamentos

Medicamentos utilizados actualmente (recetados o de venta libre, suplementos y gotas para los ojos)

Cirugías oculares y lesiones oculares

Otras cirugías mayores

Historial de la visión

Corrección primaria de la visión (anteojos, lentes de contacto, cirugía)

A probado lentes de contactos Interesado en lentes de contacto Interesada/o en la corrección de la visión con láser

Si usa lentes de contacto, ¿son cómodos y funcionan bien?

¿Tiene gafas adicionales (de respaldo, de lectura, de computadora, de sol, etc.)?

Ocupación Primaria

Horas por día en la computadora

Diagnosticado con cualquiera de las siguientes condiciones oculares (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Distrofia corneal	<input type="checkbox"/> Enfermedad ocular de la tiroides	<input type="checkbox"/> Catarata
<input type="checkbox"/> Cáncer de ojos/párpados	<input type="checkbox"/> Degeneración macular	<input type="checkbox"/> Retina hipertensa	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/> Lente de implante - ojo derecho	<input type="checkbox"/> Ambliopía / Ojo debil*	<input type="checkbox"/> Enfermedad retiniana diabética
<input type="checkbox"/> Síndrome del ojo seco	<input type="checkbox"/> Lente de implante - ojo izquierdo	<input type="checkbox"/> Estrabismo / Ojo Errante*	

* En caso si, llene la página Estrabismo

Otras condiciones oculares

Historial social

¿Usas alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/>	Alcohol	<input type="text"/>	Diario, semanal, mensual, pocas veces al año, anual
<input type="checkbox"/>	Tobaco	<input type="text"/>	Usa un paquete: diario, semanal, mensual
<input type="checkbox"/>	Drogas recreativas	<input type="text"/>	Diario, semanal, mensual, anual

<input type="checkbox"/>	Creencias religiosas que pueden dictar el tratamiento	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Participar en grupos comunitarios	<input type="text"/>	Nombre de grupo

Pasatiempos, actividades

Historial médico

<input type="checkbox"/>	A tenido evaluación neurológica o psicológica	
<input type="checkbox"/>	Actualmente embarazada	¿Qué tan avanzado? <input type="text"/>

Marque cualquier condición que esté experimentando

Check box if current, or list when was last instance

Condición	Sí o No	Actual	Check box if current, or list when was last instance
Alergias / Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Enfermedad de alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trastorno sanguíneo / hierro bajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes (Tipo 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes (Tipo 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lesión en la cabeza / Traumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problemas escuchando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Infección de herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problemas pulmonares / Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Problemas musculoesqueléticos	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de los senos paranasales	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salpudillo de la piel	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Constitucional

Sí o No

Problemas de presión arterial/ritmo cardiaco elevado en reposo

Problemas respiratorios

Fiebres Recientes

Si es así, la temperatura más alta

Cambios de peso inexplicables

Marque cualquier condición que esté experimentando

Oftalmológico

Dolor de ojo

Parpadeos de luz

Cambio en la visión a distancia

Sequedad, ardor en los ojos

Sensibilidad a la luz

Cambio en la visión cercana

Nuevos puntos o flotantes

Sensación arenosa

Visión fluctuante

Picazón en los ojos

Exceso de lagrimeo

Visión doble

Secreción de moco o párpados con costras

Pérdida de visión lateral

Cansancio ocular al leer o trabajar en la computadora

En caso si, complete la sección de lectura

Mareos o mareo por movimiento

En caso si, complete la sección de síntomas

Los siguientes son síntomas del ojo seco. Por favor marque cualquiera que haya experimentado en la última semana.

<input type="checkbox"/> Destello	<input type="checkbox"/> Dolor de ojo	<input type="checkbox"/> Comezón	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento
<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Escozor	<input type="checkbox"/> Arenosa	<input type="checkbox"/> Sequedad
<input type="checkbox"/> Ojos llorosos	<input type="checkbox"/> Materia en los párpados cuando se despierta por la mañana		<input type="checkbox"/> Ardor
<input type="checkbox"/> Problemas de conducción nocturna	<input type="checkbox"/> Párpados hinchados o rojos a lo largo del margen de las pestañas		<input type="checkbox"/> Boca seca
<input type="checkbox"/> Ardor en la mañana	<input type="checkbox"/> Las lágrimas artificiales ayudan pero no duran lo suficiente		<input type="checkbox"/> Menos tiempo usando lentes de contacto

<input type="checkbox"/> ¿Toma suplementos de Omega-3 diariamente?	
<input type="checkbox"/> ¿Usa Visine u otras gotas para "quitar el rojo"?	¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ¿Me han recetado gotas para los ojos Restasis?	

Otros síntomas oculares

Otorrinolaringológico

<input type="checkbox"/> Sentirse fuera de balance	<input type="checkbox"/> Mareos / vértigo	<input type="checkbox"/> Torpeza excesiva	<input type="checkbox"/> Problemas para escuchar
<input type="checkbox"/> Sensibilidad a los sonidos	<input type="checkbox"/> Los oídos se sienten llenos/ahogados	<input type="checkbox"/> Senos nasales se sienten llenos	<input type="checkbox"/> Dolor detrás de los ojos
<input type="checkbox"/> Sequedad de garganta/boca	<input type="checkbox"/> Goteo postnasal	<input type="checkbox"/> Se siente como si la habitación se estuviera tambaleando	

Cardiovascular

<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Pulso palpitante - ¿dónde?	<input type="text"/>
---------------------------------	--	---	----------------------

Respiratorio

<input type="checkbox"/> Problemas para recuperar el aliento - sin actividad	<input type="checkbox"/> Problemas para recuperar el aliento después de la actividad	<input type="checkbox"/> Problemas para contener la respiración
<input type="checkbox"/> Se siente como si no estuviera recibiendo suficiente aire	<input type="checkbox"/> Hiperventilando	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho al respirar

Gastrointestinal

<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago	<input type="checkbox"/> Vomito
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sensación de comida atascada

Musculoesquelético

<input type="checkbox"/>	Las piernas parecen inestables	<input type="checkbox"/>	Problemas para extender la pierna completamente	<input type="checkbox"/>	Torceduras repetidas de tobillo
<input type="checkbox"/>	Dolor de rodilla/cadera	<input type="checkbox"/>	Sentarse duele a veces	<input type="checkbox"/>	Problemas para doblar a la cintura
<input type="checkbox"/>	Dolor en brazos/ muñecas/hombros	<input type="checkbox"/>	Problemas para alcanzar alto	<input type="checkbox"/>	Postura anormal

Integumentario

<input type="checkbox"/>	Salpudillo	<input type="checkbox"/>	Moretones fácilmente	<input type="checkbox"/>	Piel suelta
<input type="checkbox"/>	Piel excesivamente seca/escamosa	<input type="checkbox"/>	Sensación de hormigueo en la piel	<input type="checkbox"/>	Cambios inexplicables en el color de la piel
<input type="checkbox"/>	Nuevos lunares/marcas en la piel	<input type="checkbox"/>	Bultos inexplicables/piel levantada	<input type="checkbox"/>	Cambios inexplicables en la textura de la piel

Neurological

<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Ciclo de sueño anormal	<input type="checkbox"/>	Desmayo
<input type="checkbox"/>	Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/>	Lapsos de memoria	<input type="checkbox"/>	Cambio repentino en la coordinación
<input type="checkbox"/>	Cambio en el habla	<input type="checkbox"/>	Oler olores no presentes	<input type="checkbox"/>	Fatiga
<input type="checkbox"/>	Sensación de hormigueo - ¿donde?			<input type="checkbox"/>	Entumecimiento de una parte del cuerpo - ¿donde?

Psiquiátrico

<input type="checkbox"/>	Miedos excesivos	<input type="checkbox"/>	Ansiedad/ nervios	<input type="checkbox"/>	Culpa / culparse a sí mismo por los problemas
<input type="checkbox"/>	Cambios de humor extremos	<input type="checkbox"/>	Retirada de amigos / sociedad	<input type="checkbox"/>	Retirada de pasatiempos o actividades
<input type="checkbox"/>	Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	Cambio de apetito/ hábitos alimenticios	<input type="checkbox"/>	Enfado/violencia excesiva
<input type="checkbox"/>	Falta de motivación para tareas comunes	<input type="checkbox"/>	Paranoia	<input type="checkbox"/>	Pensamientos obsesivos

<input type="checkbox"/>	¿Experimentó un evento traumático?	¿Cuándo?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Diagnosticado con trastorno de estrés postraumático		

Explique brevemente lo que sucedió (pérdida de un ser querido, accidente, llamada cercana, etc.)

Hematológico/Linfático

<input type="checkbox"/>	Sangra excesivamente/ no coagula	<input type="checkbox"/>	Las heridas no cicatrizan o cicatrizan lentamente	<input type="checkbox"/>	Hemorragias nasales excesivas
<input type="checkbox"/>	Sangra excesivamente de las encías	<input type="checkbox"/>	Ganglios linfáticos inflamados	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes

Estrabismo

SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN SI TIENE OJO DEBIL, OJO TORCIDO, OJO CRUZADO O MIRADA DISTRAÍDA

Dirección de giro del ojo (marque todo lo que corresponda)

Arriba Abajo Afuera Adentro

Ojo que gira

Derecha Izquierda Ambos

Giro de los ojos empeorando, mejorando o sin cambios

Los ojos giran siempre, % del tiempo,
cuando está cansado/enfermo, etc.

El ojo gira más al mirar

Arriba Abajo
 A la derecha A la izquierda
 De cerca En la distancia

¿Nota que uno o ambos ojos tiemblan rápidamente?

--

Si se recetó un tratamiento con parches, ¿a qué edad comenzó el parche?, ¿cómo se hizo?, ¿en qué ojo se puso el parche por cuánto tiempo?, estimación de los resultados

Se hizo la cirugía

Resultados estimados

--

Describe cualquier terapia visual, incluida la duración del tratamiento, la edad de inicio, y la estimación de los resultados.

Síntomas

COMPLETE ESTA SECCIÓN SI USTED HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES: DERRAME CEREBRAL, LESIÓN EN LA CABEZA, CONMOCIÓN CEREBRAL, LATIGAZO CERVICAL, ACCIDENTE DE VEHÍCULO MOTORIZADO, ACCIDENTE DE BICICLETA, CIRUGÍA CEREBRAL, ETC.

Fecha de evento más reciente

Describa brevemente la lesión

Parte de la cabeza afectada (marque todo lo que corresponda)

Cara

La parte de arriba de la cabeza

La parte de atrás de la cabeza

Frente

Lado izquierdo

Lado derecho

¿Hubo pérdida de la conciencia? ¿Por cuánto tiempo?

¿Cuándo fue la primera visita al médico por accidente/lesión?

¿Estubo hospitalizado?

Describa cualquier otra lesión anterior con las fechas

Tipos de atención profesional que ha recibido debido a esta lesión (neurológica, psicológica, terapia ocupacional, fisioterapia, logopedia, auditiva, quiropráctica, osteopática, acupuntura, neurofeedback, etc.)

Preocupación visual más significativa en este momento

Encuesta de síntomas de lesión cerebral

Califique cada problema según la escala que se proporciona a continuación

Nunca = 0 Leve = 1-2 Moderado= 3-4 Severo= 5-6

- Dolor de cabeza
- Náuseas
- Vómitos
- Problemas de equilibrio

- Nervios o ansiedad
- Sentirse más emocional
- Entumecimiento u hormigueo

- Mareos (sensación de giro o movimiento)
- Aturdimiento
- Fatiga
- Problemas para conciliar el sueño

- Sentirse Lento
- Sentirse como "en una niebla"
- Dificultad para concentrarse

- Dormir más de lo usual
- Somnolencia
- Sensibilidad a la luz

- Dificultad para recordar
- Problemas visuales
- Mareos ondulados lentos

- Sensibilidad al ruido
- Irritabilidad
- Tristeza y Desesperanza

- Pensamientos rumiantes
- Dificultad en matemáticas, ciencias, lectura
- Los síntomas empeoran al final del día.
- Dificultad con la atención
- Dificultad para encontrar palabras

Fecha de inicio de los síntomas

¿Existían síntomas antes de la lesión? Por favor enumérelos a abajo

Otros síntomas experimentados (marque todo lo que corresponda)

- Los ambientes ocupados hacen que tenga dolor de cabeza, se sienta atontado, mareado, ansioso o cansado
- Se mareo al ver arriba o abajo, cuando voltea la cabeza, o al caminar en espacios ocupados
- Movimientos rapidos lo hacen sentir mareado, nubloso, o le dan ansiedad
- Sus síntomas se sienten peor al viajar en auto
- Vision borrosa al leer
- Antecedentes personales o familiares de ojo vago u otros problemas oculares
- Presión frontal en la cabeza / detras de los ojos al leer / trabajo en computadora / al escribir
- Dificultad con "atención" o problemas ajustando los ojos de visión cercana a lejana

- Siente que el rendimiento en la escuela/trabajo ha cambiado
- Pitido en los oídos (tinnitus)
- Siente los síntomas más entre semana que el fin de semana
- Excesivamente cansado/a al fin del día
- Los sonidos lo/a molestan
- Tiene dificultad al apagar sus pensamientos
- Se vuelve sintomático al pensar en sus síntomas
- Actividades sociales restringidas
- Dificultad para conciliar el sueño u otros problemas con el sueño
- Antecedentes personales de migrañas
- Los dolores de cabeza ocurren con falta de sueño
- Es más probable que los dolores de cabeza ocurran al comienzo de la semana
- La visión parece inestable o cambia de un ojo a otro
- Parecen faltar partes de una página u objetos
- Personas o cosas aparecen repentinamente de forma inesperada de un lado
- Mirando hacia el lado de los objetos para verlos mejor
- Visión de túnel
- Dolor del cuello o antecedentes de lesiones en el cuello
- Síntomas que aumentan con el cambio en la posición del cuello (estática o dinámica)
- Cambios visuales
- Episodios de mareos o desequilibrio

Actividades en que ya no pueda participar debido a un accidente o una lesión

Sensibilidad de lectura y movimiento

Encuesta de síntomas de insuficiencia de convergencia

Por favor de responder las próximas preguntas sobre cómo se sienten sus ojos al leer o trabajar de cerca. Ingrese un número para la frecuencia según la escala que se proporciona a continuación.

Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frecuente = 3 Siempre = 4

1. Sus ojos se sienten cansados al leer o al trabajar de cerca
2. Sus ojos se sienten incómodos al leer o al trabajar de cerca
3. Dolor de cabeza al leer o al trabajar de cerca
4. Tener sueño al leer o hacer un trabajo cercano
5. Pérdida de concentración al leer o al trabajar de cerca
6. Dificultad recordando lo que leído
7. Doble visión al leer o al trabajar de cerca
8. Las palabras se mueven, saltan, nadan o parecen flotar en la página al leer o al trabajar de cerca
9. Siente que lee lento
10. Sus ojos le duelen cuando al leer o al trabajar de cerca
11. Sus ojos se sienten adoloridos al leer o al trabajar de cerca
12. Siente una sensación de "tensión" alrededor de los ojos al leer o trabajar de cerca
13. Nota palabras borrosas o que se enfocan/desenfocan cuando lee o trabaja de cerca
14. Pierde su lugar cuando lee o trabaja de cerca
15. Tiene que leer la misma línea de palabras varias veces

Marque todo lo que aplique

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Tendencia a cerrar o tapar un ojo |
| <input type="checkbox"/> | Inclinación o movimiento de la cabeza |
| <input type="checkbox"/> | Mala comprensión lectora |
| <input type="checkbox"/> | Cabeza demasiado cerca del papel al leer o escribir |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para rastrear objetos en movimiento |
| <input type="checkbox"/> | La escritura está torcida o mal espaciada |
| <input type="checkbox"/> | Desalineación de dígitos o columnas de números |
| <input type="checkbox"/> | Errores al copiar desde la computadora, libro o tablero |
| <input type="checkbox"/> | Evite leer o trabajo de cerca |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para completar las tareas a tiempo |

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Invertir u olvidar letras, números, palabras |
| <input type="checkbox"/> | Confundir palabras de apariencia similar |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para reconocer la misma palabra en el siguiente párrafo |
| <input type="checkbox"/> | Mala ortografía |
| <input type="checkbox"/> | Mala coordinación visual-motora (ojo a mano o pie) |
| <input type="checkbox"/> | Confundir derecha e izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para seguir una secuencia de instrucciones |
| <input type="checkbox"/> | Susurra cuando lee en silencio |
| <input type="checkbox"/> | La comprensión disminuye con el tiempo |
| <input type="checkbox"/> | No visualiza |