

Bright Vision Center - Case History Form

Nombre: _____ Seg. Social: _____ Fecha Hoy: _____

Dirección: _____ Zip Code: _____
_____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ___M ___F

Teléfono: _____

Teléfono 2: _____ Correo Electrónico: _____

El Doctor quisiera dilatar sus ojos hoy, ya que es una parte importante del examen visual. Si usted NO desea que se dilate su vista, por favor circule **NO** y **firmé**. Dilatación: Si No Firma:

Medicamentos & Alergias

Alérgico a: ___Penicilina ___Sulfa ___Látex
___Otro(Explique)_____

Medicamentos que actualmente toma:

Usted: ___Fuma ___Toma Alcohol ___Usa Drogas Si es mujer, esta: ___Embarazada
___Amamantando

Por favor indique todas las cirugías relacionadas o no con sus
ojos: _____

Circule si padece alguna de las siguientes condiciones:

ENT: Sinusitis – Boca Seca – Perdida de Audición – Laringitis -

Otra: _____

Neuro: Tumor – Derrame Cerebral – Epilepsia – Parálisis – Migraña – Esclerosis Multiple –

Otra: _____

Psych: Ansiedad – Depresión – Bipolaridad – Deficit de Atención –

Otra: _____

Cardio: Insuficiencia Cardiaca – Enfermedad Vasculat – Enfermedad del Corazón – Alta Presión –

Otra: _____

Respiratory: Enfisema – Bronchitis – Apnea del Sueño – Obstrucción Pulmonar - Asma –

Otra: _____

Gastro: Ulcera – Reflujo – Enfermedad de Celiac – Crohn's – Colitis – Hepatitis -

Otra: _____

GU: Herpes –Inflamación de Prostata – Enfermedad de los Riñones – Enf. de Transmisión Sexual –

Otra: _____

Musk/Skel: Distrofia Muscular – Espondilosis – Osteoporosis –Gota – Artritis – Fibromyalgia –

Otra: _____

Skin: Herpes Simple – Herpes Zoster – Rosacea – Psoriasis – Eczema –

Otra: _____

Endo: Diabetes Tipo II – Desorden Hormonal – Tiroides – Diabetes Tipo I –

Otra: _____

Hem/Lymph: Colesterol – Ulcera – Sangrado Profuso – Anemia – Cancer -

Otra: _____

Immune: Lupus – Artritis Reumatoidea – SIDA – Síndrome de Sjogren's – Otra:

Family History: Diabetes – Alta Presión – Tiroides – Cataratas – Glaucoma – Degeneracion Macular –

Estrabismo - Ambliopia (Ojo Vago) – Desprendimiento de Retina – Myopia Severa – Hipermetropia Severa –

Otra: _____

Estatura: _____' _____" Peso: _____ lbs. BP: _____ / _____ P: _____ EP: _____