

HISTORIA DEL PACIENTE INFANTIL O NIÑO

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Escuela _____ Grado _____

Recomendado por _____ Aseguranza Doctor Optometrista Familia Amistad

Medico Familiar _____ Ciudad _____

HISTORIA MEDICA (razón de su visita)

HISTORIA OCULAR: Fecha del último examen de su vista _____ Doctor de los Ojos _____

Marque cualquiera de los siguientes padecimientos que padezca o haya tenido:

- astigmatismo miopía (nearsightedness) hipermetropía
 endotropia (ojos bizcos) estrabismo (ojos desviados) exotropia (ojos desviados)
 ojo perezoso (ambliopía) otro _____

Indique tratamientos previos de los ojos (espejuelos, parche, etc.) _____

CIRUGIA DE OJOS

<u>Tipo de Cirugia</u>	<u>Fecha</u>	<u>Edad</u>	<u>Cirujano</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HISTORIA MEDICA: Peso de nacimiento: ____ lbs. ____ oz. Embarazo: _____ meses

Marque cualquiera de lo siguiente que padezca o haya tenido:

- prematuridad retraso mental artritis reumatoidea juvenil
 diabetes juvenil problemas del cerebro retraso de desarrollo
 syndrome de Down otro _____

Medicamentos tomados durante el embarazo _____

Problemas durante el embarazo o el parto _____

Tuvo rayos-X durante el embarazo: Si No Se usaron pinzas durante el parto: Si No

Cuidado intensivo infantil incubadora Si No Numero de semanas: _____

Oxigeno utilizado: Si No Si el oxígeno fue utilizado, cantidad de semanas _____

¿Ha estado envuelto en un accidente serio con pérdida del conocimiento? Si No

¿Como sucedió el accidente? _____

Indique si tiene dificultades en la escuela _____

Indique cualquier otra condición médica, u otra información que nos ayudaría:

HISTORIA QUIRURGICA (cirugía general previamente no indicado sobre cirugía de ojos)

<u>Tipo de Cirugía</u>	<u>Fecha</u>	<u>Edad</u>	<u>Cirujano</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HOSPITALIZACIONES Y ENFERMEDADES GRAVES

<u>Razón por Hospitalización</u>	<u>Fecha</u>	<u>Edad</u>	<u>Médico</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MEDICINAS

HISTORIA FAMILIAR

Indique si algún miembro de su familia o pariente ha padecido de lo siguientes:

<u>Condición</u>	<u>Relacion(es)</u>
<input type="checkbox"/> error refractivo (uso de espejuelos)	_____
<input type="checkbox"/> estrabismo (ojos bizcos)	_____
<input type="checkbox"/> ambliopía (ojo perezoso)	_____
<input type="checkbox"/> glaucoma	_____
<input type="checkbox"/> catarata.....	_____
<input type="checkbox"/> desprendimiento de retina	_____
<input type="checkbox"/> diabetes	_____
<input type="checkbox"/> ceguera(causa _____)	_____
<input type="checkbox"/> otro: _____	_____

ALERGIAS _____