

## Historial Ocular/Médico

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

### Historial Ocular

---

---

---

---

### Cirugías Oculares

---

---

---

---

### Medicamentos Oculares

---

---

---

---

### Historial Médico

---

---

---

---

### Cirugías

---

---

---

---

### Medicinas

---

---

---

---

### Historial Familiar:

P = Padre

S = Hermano

G = Abuelo

Cataratas            P    S    GP

Glaucoma            P    S    GP

Degeneración Macular    P    S    GP

Hipertensión            P    S    GP

Enferm. De Corazón    P    S    GP

Cáncer                    P    S    GP

Derrame    P    S    GP

Otros: \_\_\_\_\_

### Historial Social:

Fuma o Fumó             Sí     NO     Pasado

Uso de Alcohol             Sí     NO

Drogas Ilegales             Sí     NO

Hace Cuánto? \_\_\_\_\_

Cuánto? \_\_\_\_\_

Qué usa o usó? \_\_\_\_\_