

**El Paso Eye Surgeons, P.A.  
1201 North Mesa  
El Paso, Texas 79902**

**HISTORIA DE SUS OJOS**

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

Gracias por escoger nuestra oficina para el cuidado de sus ojos. Para servirle mejor, favor de contestar las siguientes preguntas:

- |    |  |                |                       |                   |
|----|--|----------------|-----------------------|-------------------|
| 1. | Usa Usted lentes?  | Si             | No                    |                   |
| 2. | Usa Usted lentes de contacto?  | Si             | No                    |                   |
| 3. | Tiene Usted problemas para leer?   | Si             | No                    |                   |
| 4. | Tiene Usted alguno de los siguientes sintomas: Marque todos que apliquen |                |                       |                   |
|    | Dolor del Ojo  | Vision borrosa | Parpado Corteza Dura  | Destellos de Luz  |
|    | Haloes   | Secrecion      | Sensibilidad a la luz | Vision Disminuida |
|    | Flotadores en el ojo   |                |                       |                   |

5. Usted ha tenido alguna herida al ojo? Favor de explicar \_\_\_\_\_

6. Usted ha tenido alguna cirugia del ojo? Favor de explicar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ R/L \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ R/L \_\_\_\_\_

7. Esta Usted usando algunos medicamentos? Favor de anotar el nombre y la dosis \_\_\_\_\_

8. Usted esta bajo tratamiento por razones medicas? Favor de explicar:

Diabetes                  Enfermedad del Corazon                  Alta Presion Arterial

Embolio                  Artritis                  Otro: \_\_\_\_\_

9. Que medicamentos esta tomando? Favor de apuntarlos \_\_\_\_\_

10. Es Usted alergico a algunos medicamentos? Favor de apuntarlos \_\_\_\_\_

11. Tiene Usted historia familiar de problemas del ojo? Marque todos que apliquen

Glaucoma                  Catarata                  Enfermedad de la Retina                  Degenracion de Macula

12. Quisiera Usted informacion adicional acerca de las siguientes tratamientos:

Radial Keratotomy                  PRK                  LASIK                  Cirugia de Catarata

Lentes de Contacto                  Enfermedades del ojo Diabetico                  Glaucoma

Otro: \_\_\_\_\_