

Kathryn K. Najafi-Tagol, M.D

Eye Physician & Surgeon
4000 Civic Center Dr. #200A
San Rafael, CA 94903

El Nombre _____ **¿Edad?** _____ **Fecha** _____

El Doctor Primario es _____

¿Quién se refirió a esta oficina? _____

¿Cuál es el problema con los ojos, o cuál es la razón por la cita hoy?

¿Tiene usted o hatenido nunca? (circular por favor)

Si sí, proporcionar la fecha o la duración.

Keratoconus	No	Sí	Ojo derecho	Ojo izquierdo	_____
Cirugía de la catarata	No	Sí	Ojo derecho	Ojo izquierdo	_____
Cirugía del ojo del laser	No	Sí	Ojo derecho	Ojo izquierdo	_____
Glaucoma	No	Sí	Ojo derecho	Ojo izquierdo	_____
Rasgón/separación retinianos	No	Sí	Ojo derecho	Ojo izquierdo	_____
Flashes ligeros	No	Sí	Ojo derecho	Ojo izquierdo	_____
Floaters	No	Sí	Ojo derecho	Ojo izquierdo	_____
Lesión de ojo	No	Sí	Ojo derecho	Ojo izquierdo	_____
Infección del simplex de herpes (ojos)	No	Sí	Ojo derecho	Ojo izquierdo	_____
La otra condición de ojo	No	Sí	Ojo derecho	Ojo izquierdo	_____

Explica por favor _____

¿Cualquier persona en su familia tiene?

Keratoconus	No	Sí	¿Si sí, quién?	_____
Ceguera/Enfermedad retiniana	No	Sí	¿Si sí, quién?	_____
Glaucoma	No	Sí	¿Si sí, quién?	_____

¿Fumas? No Sí **¿Paquetes por día?** _____

¿Bebes el alcohol? No Sí **¿Frecuencia?** _____

¿Cuál es su ocupación? _____ **¿Retirado?** NoSí

¿Eres alérgico a medicaciones? No Sí *(Enumerar por favor abajo)*

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Circular por favor las condiciones que tenga.

Sano	Pérdida de memoria	Dolor de cabeza
Fiebre	Pérdida de peso	Pain (¿donde?)
Sonido en los oídos	Audiencia de la dificultad	Heridas que no curarán
Dolor de pecho	Ataque del corazón	Enfisema
Tensión arterial alta	Erupción de piel	Artritis reumatoide
Hepatitis	Asimienta	Osteoartritis
Enfermedades autoinmunes		Lupus
Náusea o el vomitar	Depresión	Embarazada
Sangre en orina	Enfermedad de riñón	Tendencia a sangrar
Alergias estacionales	Asma	
Brevedad de la respiración	Movimiento vascular cerebral	
Arritmia (latido del corazón irregular)		
Cáncer _____		

Diabetes (¿Cuántos años?) _____

Otras condiciones _____

Algunas cirugías general (enumerar por favor): _____

Enumerar por favor todas sus medicamentos: 1. _____

2. _____ 3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____ 7. _____

Toma usted algunas deluentes de la sangre o esteroides? No Sí

¿Toma usted gotas de ojos? 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____ 5. _____

¿Estás tomando Flomax? No Sí

Gracias

Reviewed with patient by _____ **Date** _____