

FECHA: _____

PATIENT MEDICAL RECORD

UPDATED _____

Nombre del paciente **Fecha de nacimiento** **El sexo**

Numero de telefono **Referido por** **Médico general**

Nombre de farmacia **Dirrección incluyendo ciudad y estado**

1. Usted está siendo tratado: Diabetes Sí___ NO___ El tipo 1 () El tipo 2 () Nuevo A1c_____
2. Usted estas embarazada o mamantando? Sí___ NO___
3. Usted toma la medicamento FLOXMAX? (para la próstata) Sí___ NO___
4. Used toma la medicamento PLAQUENIL o HIDROXICLOROQUINA? Sí___ NO ___

Explica cualquier condiciones médicas que tenga: _____

Medicamentos incluyendo medicamentos de los ojos Dosis y frecuencia

Alergias Sí___ NO ___ Explica si es así _____

¿Es usted residente de un centro de enfermería especializada? Sí___ NO___

¿Está recibiendo tratamiento por alguna condición médica ocular pasada o presente? Explique

¿Hay alguna condición médica en su familia? Explique _____

¿Algunavez ha sido hospitalizado? Explique _____

¿Usa lentes de contacto? Sí___ NO___ Con qué frecuencia? _____

¿Usted fuma? Sí___ NO___ Si la repuesta es sí, con que frecuencia? _____

FIRMA DE MÉDICO

FECHA