



# SHAMMAS EYE MEDICAL CENTER M/S SURGERY CENTER

3510 M. L. King, Jr. Blvd.  
Lynwood, CA 90262  
TEL: (310) 638-9391  
FAX: (310) 639-0197

8409 Florence Ave.  
Suite 100  
Downey, CA 90240  
TEL: (562) 862-4444  
FAX: (562) 862-1030

623 W. La Habra Blvd.  
La Habra, CA 90631  
TEL: (562) 690-8887  
FAX: (562) 690-9650

7957 Painter Ave.  
Suite 203  
Whittier, CA 90602  
TEL: (562) 464-0590  
FAX: (562) 945-3896

## FORMA DE HISTORIAL MEDICO

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS CORRIENTES DE SUS OJOS / RAZÓN DE SU VISITA:**

**ALERGIAS:**  no  sí: \_\_\_\_\_

### HISTORIA RELACIONADA A LOS OJOS:

¿Usted usa lentes?  no  sí Tipo: \_\_\_\_\_

¿Hace cuanto tiempo que usted recibió sus lentes? \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted diagnosticado con alguna enfermedad de los ojos?  no  sí Si responde que sí, por favor especifique: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente usando gotas recetadas para los ojos?  no  sí Si responde que sí, ¿qué tipo de gotas? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún tipo de cirugía en sus ojos?  no  sí Si responde que sí, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

**SALUD GENERAL:** Si responde "sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, favor de especificar cuánto tiempo ha tenido la enfermedad y cuanto tiempo ha tomado los medicamentos para dicha enfermedad.

Presión alta:  no  sí por \_\_\_\_\_ años Medicinas: \_\_\_\_\_

Diabetes:  no  sí por \_\_\_\_\_ años Medicinas: \_\_\_\_\_

Problemas del corazón:  no  sí por \_\_\_\_\_ años Medicinas: \_\_\_\_\_

Adelgazantes de sangre:  no  sí por \_\_\_\_\_ años Medicinas: \_\_\_\_\_

¿Usó fuma?  no  sí por \_\_\_\_\_ años

Tuberculosis  no  sí por \_\_\_\_\_ años

VIH:  no  sí por \_\_\_\_\_ años

Hepatitis:  no  sí por \_\_\_\_\_ años (Por favor especifique el tipo): \_\_\_\_\_

Dialisis:  no  sí por \_\_\_\_\_ años (Por favor especifique los días): \_\_\_\_\_

Otros problemas de salud: \_\_\_\_\_

**FIRMA DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_