



Nombre del Menor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_/\_\_/\_\_/ Sexo M o F Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Pediatra/Dirección \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_  
 Doctor de la Vista/Dirección \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_  
 Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
 Dirección de la farmacia de su preferencia \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es la principal razón para su visita el día de hoy? \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS DE LOS OJOS /VISIÓN (seleccione todos los que se aplican)**

Visión Borrosa	Ojos desviados	Cierre de ojos para enfocar
Visión Doble	Dolores de cabeza	Ojos enrojecidos
Comezón en los ojos	Ojos cansados o fatigados	Pérdida de la línea de lectura

¿Cualquier otro síntoma o problema que no esté listado arriba? \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE LOS OJOS (seleccione todos los que se aplican)**

Ambliopía (ojo perezoso)	Menor ___ Familia ___	Estrabismo (ojo desviado)	Menor ___ Familia ___
Deficiencia en los colores	Menor ___ Familia ___	Lesión en los ojos	Menor ___ Familia ___
Ceguera	Menor ___ Familia ___	Cirugía de los ojos	Menor ___ Familia ___

Cualquier otro problema en los ojos o la visión (diferente al uso de anteojos) \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**

\_\_\_\_\_ El menor **NO** tiene ninguna condición médica conocida.

Alergias	Menor ___ Familia ___	(e.g. comida, medicamentos)
Cardiovascular	Menor ___ Familia ___	(e.g. hipertensión)
Constitución	Menor ___ Familia ___	(e.g. fatiga, dificultad para dormir)
Sistema Endocrino	Menor ___ Familia ___	(e.g. diabetes, colesterol alto)
Gastrointestinal	Menor ___ Familia ___	(e.g. acidez, úlceras)
Sistema Urinario	Menor ___ Familia ___	(e.g. infección en la vejiga, piedras en los riñones)
Oídos/Nariz/Boca/Garganta	Menor ___ Familia ___	(e.g. migrañas)
Hematología	Menor ___ Familia ___	(e.g. leucemia, anemia)
Inmunología	Menor ___ Familia ___	(e.g. HIV, enfermedad de Lyme)
Condiciones de la piel	Menor ___ Familia ___	(e.g. acné, soriasis)
Sistema Óseo /Muscular	Menor ___ Familia ___	(e.g. síndrome de Down, artritis)
Neurología	Menor ___ Familia ___	(e.g. epilepsia, Parkinson)
Psiquiatría	Menor ___ Familia ___	(e.g. ADD/ADHD, autismo)
Sistema Respiratorio	Menor ___ Familia ___	(e.g. asma)

**CIRUGÍAS**

**(Indique todas las cirugías que el menor ha tenido)**

**MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS**

**(Incluya gotas sin prescripción)**

**MEDICAMENTOS GENERALES**

\_\_\_\_\_ El menor **NO** está tomando medicamentos o suplementos

Indique todos los medicamentos o suplementos: \_\_\_\_\_

**EFFECTOS SECUNDARIOS POR LOS MEDICAMENTOS** (Indique los medicamentos y los efectos secundarios)

---

**HISTORIA GENERAL**

\_\_\_ El menor NO fuma, NO consume alcohol o narcóticos y NO presenta historia de enfermedades de transmisión sexual o transfusiones de sangre.

Si la respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

**DESARROLLO FÍSICO**

Complicaciones durante el embarazo o en el parto: \_\_\_ Ninguna Si \_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

El menor es prematuro: \_\_\_ No Si \_\_\_ Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Peso del menor al nacer: \_\_\_\_\_

¿Consumo de alcohol, narcóticos, medicamentos o tabaco durante el embarazo? \_\_\_ No

Si \_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

**ANTEOJOS / LENTES DE CONTACTO**

¿El menor está usando anteojos? NO \_\_\_ SI \_\_\_ Permanentemente \_\_\_ De lejos \_\_\_ De cerca \_\_\_

¿El menor está usando lentes de contacto? NO \_\_\_ SI \_\_\_

**EDUCACIÓN**

Grado actual \_\_\_\_\_

¿Alguna vez el menor ha tenido que repetir un grado? \_\_\_\_\_

¿Recibe el menor algún tipo de ayuda especial de la escuela? \_\_\_ No Si le respuesta es afirmativa, explique \_\_\_\_\_

Por favor responda **SI** o **NO** a las siguientes preguntas:

¿Disfruta el menor de la escuela? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿El desempeño del menor en la escuela está de acuerdo a su potencial? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿El profesor se encuentra satisfecho con el desempeño del menor? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Se encuentra el menor en el grado académico adecuado para su edad? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿El menor lee al mismo nivel que sus compañeros de clase? SI \_\_\_ NO \_\_\_

**USO DEL COMPUTADOR / JUEGOS DE VIDEO**

¿El menor usa el computador? \_\_\_ Horas al día \_\_\_ Juegos de videos manuales \_\_\_ Horas al día \_\_\_

¿El menor presenta los siguientes síntomas cuando usa aparatos electrónicos (**seleccione todos los que se aplican**)

Ojos cansados Ojos resecos Dolores de cabeza

Visión borrosa Visión doble Ojos rojos

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

**DEPORTES Y RECREACIÓN**

¿En qué tipo de actividades deportivas o de recreación participa el menor? \_\_\_\_\_

¿Usa el menor algún tipo de anteojos o protección para los ojos en la practica de los deportes \_\_\_ NO Lentes de Contacto \_\_\_

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