****

**Ficha de Historia Clínica**

Autorizado por:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cedula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales Patológicos no oculares, Usted ha sufrido de:**

\_\_\_\_Diabetes Miellitus \_\_\_\_Hipertensión \_\_\_\_Artritis Reumatoide, Lupus u otra enfermedad del Sistema Inmunológico. \_\_\_\_Enfermedad Tiroidea

\_\_\_\_Cancer \_\_\_\_Enfermedad Renal \_\_\_\_Enfermedad Neurológica.

\_\_\_\_Ninguna \_\_\_\_Otras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales Patológicos Oculares conocidos, Usted ha sufrido de:**

\_\_\_\_Catarata \_\_\_\_Pterigium \_\_\_\_Glaucoma \_\_\_\_Ojo Seco

\_\_\_\_Estrabismo \_\_\_\_Queratocono \_\_\_\_Conjuntivitis Alérgica

\_\_\_\_Ninguna \_\_\_\_Otras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antecedentes Patológicos Familiares, Su Padre, Madre, Hermanos o Tios han sufrido de:**

\_\_\_\_Diabetes Miellitus \_\_\_\_Hipertensión \_\_\_\_Artritis Reumatoide, Lupus u otra enfermedad del Sistema Inmunológico. \_\_\_\_Enfermedad Tiroidea

\_\_\_\_Cáncer \_\_\_\_Enfermedad Renal \_\_\_\_Enfermedad Neurológica.

\_\_\_\_Catarata \_\_\_\_Pterigium \_\_\_\_Glaucoma \_\_\_\_Ojo Seco

\_\_\_\_Estrabismo \_\_\_\_Queratocono \_\_\_\_Conjuntivitis Alérgica

\_\_\_\_Ninguna \_\_\_\_Otras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nota: Este formulario es de estricto manejo de su médico, con la finalidad de agilizar la consulta, el doctor confirmara los datos durante el la misma.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma del Paciente Fecha:*