

Children's Eye Care and

JOANNE WAELTERMANN, M.D.
Pediatric Ophthalmology
And Adult Strabismus

SALMA KIANI, O.D.
Family Practice Optometry
Contact Lenses

BIENVENIDOS AL CUIDADO DE LOS OJOS DE LOS NIÑOS!

POR FAVOR, AYUDENOS A LLEGAR A CONOCER A SU HIJO POR MEDIO DE RESPONDER ESTAS PREGUNTAS PARA NOSOTROS.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL PEDIATRA: _____

¿Con quién vive su hijo(a) _____

¿Su hijo(a) tiene alguna alergia a alimentos o medicinas _____

¿Fue su hijo(a) prematuro? Si es así, ¿cuántas semanas? _____

¿Hay algún antecedente familiar de:

- Ceguera Ojos perezosos Cirujía de ojo Cruce de los ojos

Ha tenido su hijo(a):

(Cirugías de oído, corazón, cabeza, etc.): _____

Hospitalizaciones: _____

Lesiones: _____

Por favor circule cualquiera de las siguientes condiciones que se aplican al paciente.

	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
ALERGIAS	sí no	sí no	sí no	sí no
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO	sí no	sí no	sí no	sí no
APARICIÓN DE MORETONES/SANGRADO FÁCIL	sí no	sí no	sí no	sí no
ESCALOFRÍOS/FIEBRE	sí no	sí no	sí no	sí no
ESTREÑIMIENTO	sí no	sí no	sí no	sí no

Comentarios:

DIARREA	sí no	sí no	sí no	sí no
RESPIRACIÓN DIFÍCULTOSA	sí no	sí no	sí no	sí no
MAREO	sí no	sí no	sí no	sí no
BOCA/OJO SECO	sí no	sí no	sí no	sí no
EXPOSICIÓN AL PLOMO	sí no	sí no	sí no	sí no

Comentarios:

MICCIÓN FRECUENTE	sí no	sí no	sí no	sí no
CEFALEAS	sí no	sí no	sí no	sí no
DOLOR DE ARTICULACIONES O HUESO	sí no	sí no	sí no	sí no
PROBLEMAS PARA CAMINAR	sí no	sí no	sí no	sí no
SARPULLIDO/PICAZÓN	sí no	sí no	sí no	sí no

Comentarios:

PROBLEMAS CON LA LECTURA	sí no	sí no	sí no	sí no
FLUJO NASAL	sí no	sí no	sí no	sí no
FALTA DE AIRE	sí no	sí no	sí no	sí no
SED	sí no	sí no	sí no	sí no
PÉRDIDA/AUMENTO DE PESO	sí no	sí no	sí no	sí no

Comentarios:

MD: _____

Fecha: _____

MD: _____

Fecha: _____

MD: _____

Fecha: _____

MD: _____

Fecha: _____