

## CUESTIONARIO DE CIRUGÍA REFRACTIVA

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Educación \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Compañía \_\_\_\_\_  
Raza: [Blanco\_\_ Hispano\_\_ Afro-americano\_\_ Otro\_\_] País de origen \_\_\_\_\_  
En que idioma prefiere que se le hable: Español\_\_ Ingles\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono Casa ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Otro ( ) \_\_\_\_\_  
Tiene acceso al Internet? Sí\_\_ No\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Alguna vez ha visitado el sitio Web del Laser Eye Center of Miami? Sí\_\_ No\_\_

Referido por: Paciente (Nombre) \_\_\_\_\_  
Radio (Estación) \_\_\_\_\_  
Periódico/Revista \_\_\_\_\_  
Internet \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

Enumere sus actividades o pasatiempos que requieran ayudas visuales específicas:

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Por favor describa en sus propias palabras cuales son sus expectativas con la cirugía refractiva:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

Ha usado espejuelos desde \_\_\_\_\_ Lentes de contacto desde \_\_\_\_\_  
Tipo de lentes de contacto PMMA(duros) \_\_\_\_\_ RGP(Gas Permeable) \_\_\_\_\_  
Blandos: Uso diario \_\_\_\_\_ Uso extendido \_\_\_\_\_  
Cuántas horas usa los lentes de contacto cada día: \_\_\_\_\_

Receta de los lentes de contacto si la sabe: OD \_\_\_\_\_ OS \_\_\_\_\_

Nombre de su Optometrista/Óptica: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Esta usted en embarazo o lactando en este momento? Sí\_\_ No\_\_

Por favor enumere todas las medicinas que este tomando \_\_\_\_\_

Esta tomando Amiodarona? Sí\_\_ No\_\_ Retin-A? Sí\_\_ No\_\_

Es usted alérgico a alguna medicina? \_\_\_\_\_

Encierre en un circulo si usted ha tenido alguna(s) de las siguientes:

Queratoconos Herpes simplex cirugía ocular Trauma ocular Glaucoma Ojo seco  
Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_