

Nome: _____ Data: ____/____/____
Nome preferido: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Pronome preferido: Ele/Dele Ela/Dela Eles/Deles Outro: _____ Idade: _____
Endereço: _____ Sexo ao nascer: M / F
Número de telefone preferencial _____ Sexo: _____

Nome do clínico geral: _____ Último exame médico: _____
Endereço do clínico geral: _____
Nome/localização/telefone da farmácia: _____

Qual é o motivo do exame de hoje? Circule a resposta apropriada: S = Sim N = Não

S / N	Embaçamento	S / N	Olho seco	S / N	Coceira	S / N	Visão dupla
S / N	Perda de visão	S / N	Olhos vermelhos	S / N	Dor de cabeça	S / N	Óculos quebrados
S / N	Tensão por uso do computador	S / N	Lacrimejamento	S / N	Flashes de luz		
		S / N	Dor nos olhos	S / N	Moscas volantes	Outro:	_____

Histórico ocular:

Último exame oftalmológico: _____ Nome e localização do médico? _____
Você usa óculos atualmente? S / N Há quanto tempo você usa seus óculos atuais? _____
Você usa lentes de contato atualmente? S / N

Você tem ou já foi tratado para alguma das seguintes condições?

S / N	Glaucoma	S / N	Catarata	S / N	Doença retiniana
S / N	Degeneração macular	S / N	Olho preguiçoso		
S / N	Estrabismo	S / N	Descolamento de retina		
S / N	Você teve alguma lesão no olho?	Se sim, explique	_____		
S / N	Você já fez alguma cirurgia ocular?	Se sim, explique	_____		
S / N	Você já fez terapia visual?	Se sim, explique	_____		
S / N	Você toma medicamentos para os olhos?	Se sim, quais?	_____		

Histórico médico:

Você tem ou já foi tratado para?

S / N	Diabete	S / N	Doença da tireoide	S / N	Hepatite
S / N	Pressão alta	S / N	Neurológico/dores de cabeça	S / N	Seios da face/alergia
S / N	Colesterol alto	S / N	Tuberculose	S / N	Imunocomprometimento
S / N	Doença cardíaca	S / N	Câncer	Outro:	_____
S / N	Problemas respiratórios	S / N	Doenças sanguíneas		
S / N	Artrite/dor nas articulações	S / N	HIV		

Você tem tosse ou febre ativa? S / N

Você está grávida ou amamentando? S / N

Liste todos os medicamentos e vitaminas prescritos e de venda livre que você toma:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Você tem alguma alergia a medicamentos? S / N

Se sim, liste o alérgeno e a reação:

REVISÃO DE SISTEMAS: Você está atualmente enfrentando alguma das seguintes condições?

Circule todas que se aplicam:

Febre	Náusea	Dor ou rigidez nas articulações	Mudanças de memória
Fadiga	Dor abdominal	Fraqueza articular	Perda de audição
Perda/ganho de peso	Lesões genitais	Paralisia	Dor de garganta
Calafrios	Micção frequente	Dormência	Queda de cabelo
Intolerância ao calor/frio	Dor ao urinar	Dores de cabeça	Mudanças menstruais
Dores no peito	Sangue na urina	Convulsões	Sede excessiva
Palpitações	Erupções cutâneas	Tremores	Fome excessiva
Falta de ar	Secura excessiva da pele	Tontura	Hematomas excessivos
Respiração chiada	Nódulos ou caroços na pele	Depressão	Glândulas ou nodos inchados
Azia	Coceira	Ansiedade	Coágulos de sangue
Constipação	Mudanças na cor da pele	Mudanças de humor	
Diarreia			

Histórico médico/ocular da família:

Algum de seus familiares imediatos já foi tratado para?

S / N	Diabete	S / N	Tireoide	S / N	Olho preguiçoso
S / N	Pressão alta	S / N	Doença retiniana	S / N	Estrabismo
S / N	Doença cardíaca	S / N	Cegueira	Outro:	_____
S / N	Colesterol alto	S / N	Glaucoma		
S / N	Câncer	S / N	Degeneração macular		