MEDICACIONES

FARMACIA PREFERRIDA:

_____

¿Usted toma anticoagulantes? SÍ NO

- ❑ Aspirina
- ❑ Xarelto/Rivaroxaban
- ❑ Eliquis/Apixaban
- ❑ Warfarin/Coumadin
- ❑ OTRO:_____

Por Favor Nombrar **Todas** las medicinas y vitaminas que esta tomando con el dosaje y las intrucciones.

_____
_____
_____

ALERGIAS

¿Es alérgico al YODO ? SI NO Es alérgico a LÁTEX? SI NO

OTRO:_____

Historia Familiar

❑ Ceguera - Relación:_____
❑ Desprendimiento De Retina - Relación:_____
❑ Degeneración Macular - Relación:_____
❑Glaucoma - Relación:_____
❑ Cancer - Relacion:_____
❑ Stroke - Relacion:_____
❑ Problemas de Corazon - Relación:_____

Historia Social:

Usted: ❑ No Trabaja /Discapacitada ❑ Retirado ❑ Trabaja Ocupación: _____

Uso De Alcohol : ❑Nunca ❑ Ocasional ❑ 1-2 Bebidas Diarias ❑ 3-4 Bebidas

Diarias

Uso De Tabaco: ❑ Nunca Fumó ❑ Fuma Actualmente ❑ Ex Fumador- Fecha

Que Paró: _____

Uso De Droga: SI NO Explique SI :_____

Está embarazada o Intentando tener? SÍ NO

¿Usted ha sido expuesto a una infección sexual? SÍ NO