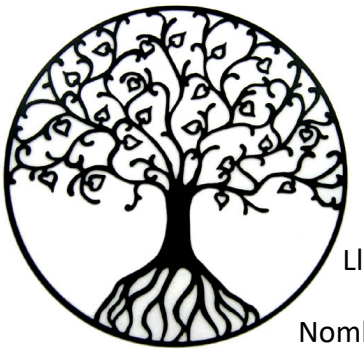

Valley Eyecare Center

Árbol de clasificación de visitas de emergencia

Llamada atendida por: _____ Hora: _____

Nombre del Paciente:_____Fecha: _____

1. Por favor, describa lo que le está pasando:_____
2. ¿Cuándo comenzó este problema? _____
3. ¿Tiene algún problema de visión? NO SÍ
4. ¿Ha cambiado recientemente de graduación? NO SÍ
5. ¿Ha comprado recientemente gafas o lentes de contacto? NO SÍ
6. ¿Tiene visión doble? NO SÍ
7. ¿Ve manchas o destellos de luz? NO SÍ
8. ¿Ve una cortina y/o un velo en su visión? NO SÍ
9. ¿Algún cambio reciente en su medicamento? NO SÍ
10. ¿Tiene dolor? Clasifíquelo del 1 al 10 (10 es muy malo) NO SÍ # _____
11. ¿Tiene los ojos rojos? NO SÍ
12. ¿Le pican los ojos? NO SÍ
13. ¿Tiene secreciones? NO SÍ
14. ¿Ha tenido alguna lesión ocular reciente? NO SÍ
15. ¿Ha estado expuesto a algún irritante? NO SÍ
16. ¿Este problema ocurre seguido? NO SÍ
17. ¿El problema afecta a un ojo o a los dos? IZQUIERDO AMBOS DERECHO
18. Durante las últimas 24 horas sus síntomas son PEORES MEJORES IGUAL
19. ¿Había tenido este problema antes? NO SÍ
    - -Si sí, ¿cuándo ocurrió este problema anteriormente? _____
    - -¿El problema es mejor, peor o igual que la última vez? PEOR MEJOR IGUAL
20. ¿Qué hizo que mejorara el problema la última vez? _____
21. ¿Usa lentes de contacto? NO SÍ

-¿Desapareció el problema tras quitarse los lentes de contacto? NO SÍ