

Precise Family Eyecare, P.C.

**CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO**

La información que usted proporcione a continuación es importante para su examen. Por favor llene este formulario en su totalidad, a lo mejor de su capacidad.

Por favor indique cualquier alergia a medicamentos: \_\_\_\_\_

Por favor liste todos los medicamentos que usted toma (con la dosis, si se conoce) incluyendo anticonceptivos orales, aspirina, medicamentos de venta libre, vitaminas y remedios caseros: \_\_\_\_\_

Está embarazada o amamantando?  Sí  No

Han usado alguna vez gafas?  Sí  No Usa gafas actualmente?  Sí  No

Cuánto Tiempo? \_\_\_\_\_ Cuántos pares de anteojos actualmente utiliza? \_\_\_\_\_

Alguna vez a usado lentes de contacto?  Sí  No Actualmente usa lentes de contacto?  Sí  No

Cuánto Tiempo? \_\_\_\_\_ Qué marca de lentes de contacto a usado más recientemente? \_\_\_\_\_

Consulte alguno de estos síntomas de ojos que a experimentado recientemente:

- |   |  |  |  |                                       |
|---|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visión Lejana Borrosa      | <input type="checkbox"/> Visión Cercana Borrosa    | <input type="checkbox"/> Visión Nocturna Pobre       | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Doble Visión |
| <input type="checkbox"/> Visión Distorsionada/Halos | <input type="checkbox"/> Pérdida de Visión Lateral | <input type="checkbox"/> Flotadores                  | <input type="checkbox"/> Destellos de Luz      | <input type="checkbox"/> Mucoso       |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Ojos              | <input type="checkbox"/> Ardor                     | <input type="checkbox"/> Ojos llorosos               | <input type="checkbox"/> Comezón de Ojo        | <input type="checkbox"/> Ojos Rojos   |
| <input type="checkbox"/> Ceguera temporal           | <input type="checkbox"/> Resequedad en los Ojos    | <input type="checkbox"/> Sensación de algo en el Ojo |  | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |

**Historia Social**

Conduce?  Sí  No En caso afirmativo, tiene dificultad visual durante la conducción?  Sí  No

Si es así favor de explicar: \_\_\_\_\_

Fumas?  Sí  No En caso afirmativo cuánto? \_\_\_\_\_

Consumo bebidas alcohólicas?  Sí  No En Caso afirmativo cuánto? \_\_\_\_\_

Cuántas horas diarias dedicas a: la computadora? \_\_\_\_\_ leer? \_\_\_\_\_ al aire libre? \_\_\_\_\_

**Revisión de los Sistemas:** Usted o un miembro de la familia tienen problemas en las siguientes, en la actualidad o en el pasado? Por favor marque todas las que aplican. (Tenga en cuenta que "familia" se refiere a parientes solamente) **M** - Mismo **F** - Familia

	M	F		M	F		M	F		M	F
<u>Ocular</u>			<u>Constitucional</u>			<u>Gastrointestinal</u>			<u>Vascular/cardiovascular</u>		
glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre/pérdida de peso/aumento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo perezoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Piel (tegumentario)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Endocrino</u>			bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfermedad de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tiroides y otras glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfermedad macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Psiquiátrico</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Huesos, articulación, musculos</u>			Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ciego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Orejas, nariz, boca, garganta</u>			artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión cerebral/ accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lesiones en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias: de temporada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Gastrointestinal</u>		
<u>neurológico</u>			congestión nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea/diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	secreción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Linfático/hematólogo</u>			estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sequedad en la boca o garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
convulsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Genitourinario</u>			problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
<u>Cáncer</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñón/vejiga/genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Alérgico; inmunológica</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

Testifico que la información que he estipulado en este formulario es completa y correcta al mejor de mi conocimiento:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Para uso de oficina – Iniciales de Medico: \_\_\_\_\_