

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: _____

Razon por su exam/problema que esta teniendo: _____

Referido por Dr: _____ Ultimo Examen de ojos: _____ Por Dr: _____

Ha tenido alguno de estos problemas de los ojos? Cual ojo, tipo de tratamiento, cuando, por quien?

- Glaucoma Catarata Degeneracion Macular Ojo Vago|Bizco Desprendimiento de retina|retina rota
 Otra condicion _____

Gotas que usa ahora: cual ojo y su frecuencia:

Alguien en su familia a padecido de algun problema de sus ojos? Si | No

Quien: _____ Problema: _____ Quien: _____ Problema: _____

Enumere cualquier condicion ocular anterior u otra, cirugía, láser, tratamientos que haya tenido en el pasado y describa brevemente:

- Ojo: Derecho | Izquierdo _____
 Ojo: Derecho | Izquierdo _____

Enfermedades / condiciones médicas pasadas y actuales:

- Alta Presion Sanguinea | Presión arterial baja Endocarditis ACV (accidente cerebrovascular) Cuándo: _____
 Colesterol alto Tipo de diabetes: 1 | 2 ¿Toma insulina? Y | N Riñón | Enfermedad del Hígado Asma | COPD
 Artritis | Reumatoide Lupus Cáncer | Tipo: _____ Dolores de cabeza | Migrañas Próstata
 Trastorno de sangrado Alto tiroides | Bajo Esclerosis múltiple Miastenia Síndrome de Sjogren
 Apnea del sueño Corazón: Ataque / Válvula / Fallo / Prolapso de la válvula mitral / marcapasos Demencia
 Reflujo ácido

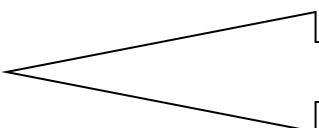
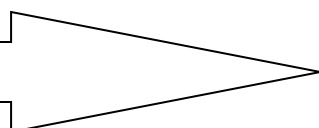
Orto: _____

En su familia inmediata, ¿alguien ha tenido [o tiene] alguna de estas condiciones de salud?

Quien: _____ Problema: _____

Quien: _____ Problema: _____

Haga una lista de **todas** las cirugías previas que haya tenido y su fecha aproximada:

 **Dé la vuelta a la página para completar el reverso** 

Firma: _____ Fecha: _____ Revisado Por: _____

Revisión de sistemas (marque todos los que correspondan):

Cardiovascular	COONG	Musculoesquelético	Respiratorio	Control de presión arterial
<input type="checkbox"/> Dolor De Pecho	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Buen control de BP
<input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Dolor articular	<input type="checkbox"/> Problemas para respirar	<input type="checkbox"/> Control fronterizo de BP
<input type="checkbox"/> Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Dolores musculares	<input type="checkbox"/> Sibilancias	<input type="checkbox"/> Pobre control de BP
	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> rigidez		<input type="checkbox"/> Control de BP desconocido
	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Hinchazón		
Constitucional	Hematológico	Neurológico	Piel	Control de Diabetes
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Sangrado	<input type="checkbox"/> Equilibrar problemas	<input type="checkbox"/> Pérdida de cabello	<input type="checkbox"/> Buen control de la diabetes
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Moretones	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Control fronterizo de la diabetes
<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> Nodos tiernos	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Lesiones de la piel	<input type="checkbox"/> Pobre control de la diabetes
<input type="checkbox"/> Debilidad		<input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Control desconocido de la diabetes
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso				
Genitourinario	Metabólico	Psiquiátrico	Alergia	¿Estas embarazada?
<input type="checkbox"/> Descarga genital	<input type="checkbox"/> Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> picazón	<input type="checkbox"/> 1er trimestre del embarazo
<input type="checkbox"/> Lesiones genitales	<input type="checkbox"/> Exceso de hambre	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Colmenas	<input type="checkbox"/> 2do trimestre del embarazo
<input type="checkbox"/> Urinación dolorosa	<input type="checkbox"/> Excesiva sed	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Nariz crónica	<input type="checkbox"/> 3er trimestre del embarazo
<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Urination frecuente	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> No se aplica
	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/> Nerviosismo		

¿Fuma? Si | No - Año que dejo de fumar: _____ | Consume alcohol? Si | No - Cerveza | Ligor | Vino - Año que dejo de beber alcohol: _____ ¿Usa drogas? Si | No - Año que dejo las drogas: _____ | ¿Estás jubilado? Si | No - ¿Cuál es / era su ocupación/trabajo? _____ Aficiones: _____

Medications:

Nombre y ubicación de la farmacia local:

Nombre de doctor or doctora de atención primaria:

Alergia al látex? Si | No ¿Alergia a “curitas” o cinta de pegar? Si | No

¿Toma un anticoagulante? Si | No ¿Qué diluyente de la sangre usa? _____ ¿Toma aspirina? Si | No

¿Ha tomado Flomax (tamsulosina) en el pasado? Si | No ¿En qué año comenzó a tomar Flomax

(tamsulosina)?: _____

* Proporcione una lista de todos los medicamentos que toma; prescripción o sin receta; incluir el nombre, la dosis, la frecuencia, la vía de administración y si toma AM / PM * (por ejemplo, Aspirina 81 mg, una vez al día, por vía oral, AM)

Medicamentos a los que es alérgico/a: _____ Reacción a la medicación: _____

_____ Reacción a la medicación: _____

O:

no hay alergias a medicamentos conocidas