

## Cuestionario de Historia Médica

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Guardián (Si Aplica): \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Nombre de su Médico: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Estatura: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Ultimo Examen Ocular: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Teléfono del Medico General: \_\_\_\_\_  
 Ultimo Examen Físico: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_

### HISTORIA MÉDICA

¿Tiene alergia a alguna medicina? (por favor marque)      Sí      No      Si tiene, explique: \_\_\_\_\_

Anote las medicinas que toma (incluyendo anticonceptivos, aspirina, medicina comprada sin prescripción, y remedios alternativos):  
 \_\_\_\_\_

Anote todas las lesiones de su cuerpo, cirugías, y hospitalización: \_\_\_\_\_

Historia ocular: ha tenido o tiene estrabismo, ambliopía, párpado caído, ojos prominentes, glaucoma, degeneración de la retina, cataratas, o ojo lesionado. Otro diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada o lactando?      Si      No  
 ¿Usa Lentes?      Si      No      ¿Por cuanto tiempo ha tenido su más reciente par? \_\_\_\_\_  
 ¿Usa lentes de contacto?      Si      No      ¿Por cuánto tiempo ha tenido el par más reciente? \_\_\_\_\_  
 ¿Tipo de lente de contacto?      Duro      Blando      Otro: \_\_\_\_\_      ¿Son cómodos?      Si      No

### HISTORIA FAMILIAR

Por favor note cualquier miembro de la familia, vivos o muertos, que tienen o han tenido las condiciones que se presentan:

ENFERMEDAD/CONDICION	NO	SÍ	?	RELACIÓN
Ceguera	_____	_____	_____	_____
Catarata	_____	_____	_____	_____
Estrabismo	_____	_____	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	_____	_____
Degeneración de la Macula	_____	_____	_____	_____
Degeneración/Desprendimiento De la Retina	_____	_____	_____	_____
Artritis	_____	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Enfermedad del Corazón	_____	_____	_____	_____
Alta Presión	_____	_____	_____	_____
Desorden de los Riñones	_____	_____	_____	_____
Lupus	_____	_____	_____	_____
Tiroides	_____	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____	_____

### HISTORIA SOCIAL

*Esta información es estrictamente confidencial, salvo que quiera discutir este tema con el doctor personalmente.*      \_\_\_ Marque aquí si quiere "Si, prefiero hablar con mi doctor"

*Por favor siga con la segunda página detrás de esta forma*

¿Maneja? Si No                      ¿Tiene dificultad con su vista cuando maneja? Si No                      Si tiene dificultad, explique: \_\_\_\_\_

¿Fuma? Si No                      Si fuma, que tipo de tabaco usa, cantidad, y por cuanto tiempo ha fumado: \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas? Si No                      Si toma, que producto, cantidad, y por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

¿Usa drogas ilegales? Si No                      Si usa drogas, que tipo, cantidad, y por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Se ha expuesto o se ha sido infectado con: (por favor marque)                      Gonorrea                      Hepatitis                      SIDA                      Sífilis

**REPASO DE SISTEMAS**

¿Tiene, o ha tenido problemas en las siguientes áreas?

SISTEMA	NO	SÍ	?		NO	SÍ	?
CONSTITUCIONAL				OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA			
Fiebre, subida/Pérdida de Peso	___	___	___	Alergias	___	___	___
INTEGUMENTARIO (piel)	___	___	___	Congestión Nasal/Sinusitis	___	___	___
NEUROLOGICO				Mucosidad Nasal	___	___	___
Dolores de Cabeza	___	___	___	Tos Crónica	___	___	___
Jaqueca	___	___	___	Resequedad de Boca	___	___	___
Ataques Epilépticos	___	___	___	RESPIRATORIO			
OJOS				Asma	___	___	___
Pérdida de la Vista	___	___	___	Bronquitis Crónica	___	___	___
Visión Nublada/Empañada	___	___	___	Enfisema	___	___	___
Visión Distorsionada	___	___	___	VASCULAR/CARDIOVASCULAR			
Pérdida de Visión Periférica	___	___	___	Diabetes (A1C#: _____)	___	___	___
Doble Visión	___	___	___	Dolor de Corazón	___	___	___
Ojos Resecos	___	___	___	Alta Presión	___	___	___
Lagaña	___	___	___	Enfermedad Vasculard	___	___	___
Ojos Rojos	___	___	___	GASTROINTESTINAL			
Ojos Arenosos	___	___	___	Diarrea	___	___	___
Picazón/Comezón	___	___	___	Estreñimiento	___	___	___
Irritación	___	___	___	GENITOURINARIO			
Sensación de Cuerpo Foráneo	___	___	___	Genitales	___	___	___
Exceso de Lagrimeo	___	___	___	Riñón/Vejiga	___	___	___
Sensibilidad a Luz/Sol	___	___	___	HUESOS/ARTICULACIONES/MÚSCULOS			
Dolor de Ojo	___	___	___	Artritis Reumático	___	___	___
Infección Crónica	___	___	___	Dolor de Músculos	___	___	___
Orzuelos (styes)	___	___	___	Dolor de Articulaciones	___	___	___
Focos de Luz en la Vista	___	___	___	LINFÁTICO/HEMATOLÓGICO			
Ojos Cansados	___	___	___	Anemia	___	___	___
ENDOCRINOLÓGICO				Problemas de la Sangre	___	___	___
Tiroides/Otras Glándulas	___	___	___	PSIQUIATRICO	___	___	___
ALERGICO/IMUNOLÓGICO	___	___	___				

**Si tiene alguna condición médica que no está en la lista, favor de explicar aquí:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Por favor siga con la segunda página detrás de esta forma*