

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 Vasculara	___	___	___
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