

Cuestionario Sobre su Historial Medico

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguridad Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ultimo Examen de la Vista:

Nombre de Medico: \_\_\_\_\_ Telefono de Medico: \_\_\_\_\_

Ultimo Examen de Medico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Historial Medico

Tiene alguna alergia a medicamentos?  No  Si Encaso, explique: \_\_\_\_\_

Lista de todos los medicamentos que usted toma (incluidos los anticonceptivos orales, aspirina, medicamentos de venta libre y remedios caseros):

Lista de todas las lesiones graves, cirugias y hospitalizacion que hay tenido:

Lista alguno de los siguientes que usted ha tenido: estrabismo, ojo perezoso, parpados caidos, ojos prominentes, glaucoma, enfermedades de retina, cataratas, infecciones oculares y ojo o lesions:

Esta embarazada y / o en lactancia?  No  Si

Usas Gafas?  No  Si En caso, cuando anos tiene tu actual pareja de lentes? \_\_\_\_\_

Usas lentes de contactos?  No  Si En caso, cuando anos tiene tu actual pareja de lentes? \_\_\_\_\_

Tipo de lentes de contactos:  Rigido  Desgaste Suave  Prolongado  Otros Se Sienten Comodos?  Si  No

Historia Familiar

Tenga la cuenta los antecedentes familiars (padres, abuelos, hermanos, hijos, vivos or fallecidos) para los condiciones siguientes:

Enfermedad/ Condicion	No	Si	Relacion con Usted
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
El Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desprendimiento Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desprendimiento De Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad Del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
La Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad De La Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Otro \_\_\_\_\_

Historia Social Esta informacion es estrictamente confidencial. Sin embargo, es posible hablar de esta parte directamente con el medico si usted prefiere.

Si, yo preferiria hablar de mi informacion de la historia social directamente con mi doctor.

Usted Maneja  No  Si En caso afirmativo, tiene dificultad visual cuando manejando?  No  Si, Describa:

\_\_\_\_\_

Usted usa productos de Tabaco?  No  Si, Describa Cantidad/ Tiempo: \_\_\_\_\_

Usted bebe Alcohol?  No  Si, Describa Cantidad/Tiempo: \_\_\_\_\_

Usted usa Drogas  No  Si, Describa Cantidad/Tiempo: \_\_\_\_\_

Ha estado expuesto o infectado con:  Gonorrhea  Hepatitis  HIV  Syphilis

### Opinion de los Sintomas

Usted tiene, o ha tenido alguna vez problemas en las siguientes areas:

	No	Si		No	Si
Constitucional			Orejas, Nariz, Garganta		
Fiebre, perdida de peso/ ganancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias/Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integumentario (piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestion nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologico			Nariz que moquea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goteo Nasal del poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migranas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos Cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seca Garganta/boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratorio		
Ojos			Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de la Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis Cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision Borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vascular/Cardiovascular		
Vision distorsionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de la vision lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secrecion Mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal		
Enrojecimiento Sensacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O arenosa			Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario		
Morder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales/riñón/ Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensacion de cuerpo Extranio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huesos/Articulaciones/Musculos		
Lagrimeo excesivo/riego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sensibilidad al deslumb- ramiento luz, dolor ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dolor en los ojos / el dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infección crónica de los ojos en la tapa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfatico/Hematologica		
orzuelos / chalzion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
flashes / flotadores en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ojos cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergicas/inmunologicas		
Endocrino			Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides/ otras glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si usted contest si a cualquiera de los anteriores o tiene una condicion que no figuran, por favor, explicar y enumerar los medicamentos.

---



---



---

Dr. Signature Date