

Cuestionario de Historia Médica

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ Teléfono de Trabajo: _____

Guardián (Si Aplica): _____ Ocupación: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ #de Seguro Social: ____/____/____ Último Examen Ocular: ____/____/____

Nombre de su Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

Último Examen Físico: ____/____/____

Historia Médica

¿Tiene alergias a alguna medicinas? no sí Si ha tenido, explique: _____

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

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

Historia ocular: ha tenido ó tiene estrabismos, ambliopía, pterigio, ojo caído, ojos prominentes, glaucoma, degeneración de la retina, cataratas, ó ojo lesionado: _____

¿Esta embarazada ó lactando? no sí

¿Usa lentes? no sí ¿Si usa lentes, por cuánto tiempo ha tenido su mas reciente par? _____

¿Usa lentes de contacto? no sí ¿Si los usa, por cuánto tiempo ha tenido su mas reciente par? _____

Tipo de lentes de contacto : Duros Blandos Duros con ellos Otro ¿Son cómodos? no sí

Historia Familiar

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

ENFERMEDAD/CONDICIÓN	NO	SÍ	?	RELACIÓN
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración de la Macula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración ó Desprendimiento de la Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de los Ríñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desorden de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otra condición _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Por favor siga con la segunda página detrás de esta forma

Historia Social

Esta información es estrictamente confidencial, salvo que quiera discutir este tema con el doctor personalmente.

Marque aquí si quiere.

¿Maneja? no sí ¿Tiene dificultad con su vista cuando maneja? no sí Si tiene dificultad, explique:

¿Fuma? no sí Si fuma, que tipo de tabaco usa, cantidad, y por cuanto tiempo ha fumado: _____

¿Toma bebidas alcohólicas? no sí Si toma, que producto, cantidad, y por cuanto tiempo: _____

¿Usa drogas ilegales? no sí Si usa drogas, que tipo, cantidad, y por cuanto tiempo: _____

Se ha exbusto ó se ha infectado con: Gonorrea Hepatitis SIDA Sífilis

Repaso de Sistemas

Ha tenido problemas en las siguientes areas:

SISTEMA	NO	SÍ	?		NO	SÍ	?
CONTITUCIONAL				OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA			
Fiebre, Subida/Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTEGUMENTARIO (piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestión Nasal/Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUROLÓGICO				Mucosidad Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaquaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resequedad de la Boca ó Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques Epilepticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RESPIRATORIO			
OJOS				Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Nublada/Empañada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Distorsionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VASCULAR / CARDIOVASCULAR			
Pérdida de Vision Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doble Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Resecos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis/Legañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL			
Ojos Arenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picazón/Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iritación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITOURINARIO			
Sensación de Cuerpo Foráneo Ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia/Riñon/Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso de Lagrimeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HUESOS / ARTICULACIONES / MÚSCULOS			
Sensibilidad a Luz/Sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección Crónica de los Ojos ó Párpados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horzuelos (styes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LINFÁTICO / HEMATOLÓGICO			
Focos de Luz en la Vista Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENDOCRINOLÓGICO				ALERGICO / IMUNOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides/Otras Glandulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PSIQUIATRICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si marca sí, explique y liste las medicinas que usa.

Firma del Doctor

Fecha