

Cuestionario de Historia Médica

Nombre: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

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

Nombre de su Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

Historia Médica

Último Examen Físico: ____ / ____ / ____

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

Liste todas las lesiones de su cuerpo, cirugías, y hospitalización: _____

Historia ocular: ha tenido ó tiene estrabismus, ambliopía, párpado caído, ojos grandes, glaucoma, degeneración de la retina, cataratas, ó ojo lesionado:

¿Esta embarazada ó dando de mamar? no sí

¿Usa lentes? no sí ¿Cuánto hace que los tiene? _____

¿Usa lentes de contacto? no sí ¿Cuánto hace que los tiene? _____

Tipo de lentes de contacto: Duros Blandos Duerme 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 Riñones	<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"/>	_____

Liste las MEDICINAS que usa (incluyendo anticonceptivos, aspirina, medicina comprada sin prescripción, y remedios alternativas):

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 expuesto ó se ha infectado con: Gonorrea Hepatitis SIDA Sífilis

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

