

Cuestionario de Historia Medica

Nombre _____ Fecha ____/____/____
Fecha del ultimo examen ____/____/____ Ocupacion _____
Escriba se tiene alergias a alguna medicina _____
Diabetes Si/No Tipo _____ Fecha de Diagnostico _____ Ultima prueba de azucar _____

Informacion de lentes (marque lo que aplique)

____ Usa computadora para su trabajo o por diversion _____ Trabaja bajo el sol
____ Trabaja con figuras o letras pequeñas _____ Dificultad para leer
____ Necesita anteojos de protección para trabajar _____ Activo en deportes
____ Estudiante _____ Quiere lentes de contacto
____ Dificultad para manejar de noche _____ Sensible al sol o luz brillante
____ Dificultad para ver television _____ Dificil ver a lo largo de su brazo

Informacion sobre sus ojos: (Por favor circular Si o No)

Tiene algún problema o condición en sus ojos? Si/No Explique _____
Ha tenido alguna cirugía en sus ojos? Si/No Que tipo de cirugía _____
Ha tenido algún accidente con sus ojos? Si/No Explique _____
Tiene glaucoma? Si/No Cataratas? Si/No Degeneracion macular? Si/No
Ojos resecos? (arenosos) Si/No Usa anteojos? Si/No Vision borrosa? Si/No
Lagrimo excesivo? Si/No Ojos Rojos? Si/No Comeson/Ardor? Si/No
Parpados adoloridos? Si/No Lagañas? Si/No Sensible a la luz? Si/No
Lentes de contacto? Si/No Parpados caidos? Si/No Destellos de luz? Si/No
Desprendimiento de Retina? Si/No Vision doble? Si/No Puntos que se mueven? Si/No

Informacion Medica:

Tiene algún problema con uno de estos sintomas?
Sangre/Linfatico Si/No Dolor de cabeza Si/No Respiratorio Si/No
Cardiovascular Si/No Alta Presión Si/No Piel Si/No
Orejas/Nariz/Garganta Si/No Inmunológico Si/No Orina Si/No
Gastrointestinal Si/No Mental Si/No Embarazo/Lactando Si/No
Glandular Si/No Musculos/Huesos Si/No Otro _____
Por favor explique respuestas Si _____

Enliste todo medicamento que este usando, incluya medicamento sin receta y caseros: _____

Enliste accidentes mayores, cirugías, y/o hospitalizacion: _____

Nombre de su Doctor familiar: _____ Fecha de última visita _____

Historia Familiar:

Alta Presion Si/No Relacion _____ Diabetes Si/No Relacion _____
Glaucoma Si/No Relacion _____ Cataratas Si/No Relacion _____
Degeneración Macular Si/No Relacion _____ Ojos cruzados Si/No Relacion _____
Desprendimiento Retina Si/No Relacion _____ Lupus Si/No Relacion _____

Historial Social: Marque si prefiere discutir esta parte con el doctor.

Usa productos de Tabaco? Si/No Si su respuestas es si, tipo/cantidad/tiempo: _____

Toma alcohol? Si/No Si su respuestas es si, tipo/cantidad/tiempo: _____

Utiliza drogas ilegales? Si/No Si su respuestas es si, tipo/cantidad/tiempo: _____

Marque si ha sido expuesto/infectado con: Herpes gonorrea hepatitis VIH Sifilis TB

Doctor Initials _____ **Date** _____ **Initials** _____ **Date** _____ **Initials** _____ **Date** _____ **Initials** _____ **Date** _____