

Historial Del Paciente

Información Personal: (Esta informacion es confidencial y protegida)

Fecha de Hoy _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Otro Nom _____

Información médica ¿Cuál es su estado general de salud? _____

¿Tiene **Alta Presión sanguínea** Sí/No Problemas de tiroide? Sí/No Lupus Sí/No

¿Tiene **Diabetes** Si/No Tipo _____ Fecha del diagnóstico _____ Artritis Reumática Si/No

Historia Médica _____

¿Lo han operado de algo? Sí/No ¿De qué? _____ ¿Cuándo? _____

¿Tiene alergia a algún tipo de medicamento? Sí/No ¿Cuál? _____

¿Que tipo de reaccion tuvo? _____

Medicamento(s) que toma ahora _____

Marque aquí, si no toma medicamentos

Historia Social: Soltero(a)/ Casado(a)/ Divorciado(a)/ Viudo(a) Conduce? Si/No

Fuma cigarillos / tabaco? Si/No Cosume alcohol? Si/No Consume drogas? Si/No

Socialmente Diariamente ¿Tipos? _____

Historia clínica familiar:

Alta Presion sanguínea Si/No Parentesco _____ Degeneración macular Sí/No Parentesco _____

Diabetes Sí/No Parentesco _____ Desprendimiento de retina Sí/No Parentesco _____

Glaucoma Sí/No Parentesco _____ Cataratas Sí/No Parentesco _____

Nombre de Médico _____ **Nombre de clinica** _____

Fecha de la última visita al doctor de familia _____ Ultima vacuna de tetano < 5 anos > 10 anos

Revisión del sistema: Tiene problemas con algunos de estos sistemas? (Circule su respuesta, explique)

Sistema en general (Fiebre/Cambios de peso) Si/No _____

Dermatológico (Erupción/comezón/úlceras) Si/No _____

Neurológico (Dolores de cabeza/pérdida de fuerza/temblores) Si/No _____

Oídos/naríz/garganta (Dificultad para oír/zumbido/vértigo) Si/No _____

Cardiovascular (Dolor de pecho/palpitaciones/arritmia) Si/No _____

Respiratorio (Falta de aliento/tos) Si/No _____

Gastrointestinal (Nausea/acidez/evacuación irregular) Si/No _____

Endocrino (Glándulas/pérdida de cabello/problemas de tiroides) Si/No _____

Hematológico/linfático (Alergias/fiebre de heno) Si/No _____

Esqueletomuscular (Problemas musculares/huesos/artritis-tipo) Si/No _____

Psiquiátrico/mental (Ansiedad/depresión/nervios) Si /No _____

Salud de la vista: Fecha del último examen de la vista _____ Le dilataron la pupila? Sí/No

¿Usa lentes? Sí/No ¿Lentes de contacto? Sí/No De que tipo? _____

¿Tiene problemas de la vista? Sí/No ¿De qué tipo? _____

¿Usted padece de algunas de estas condiciones? (Circule su respuesta)

¿Tiene glaucoma? Si/No ¿Desprendimiento de retina? Si/No ¿Ojos rojos/con picor/ardor? Si/No

¿Degeneración macular? Si/No ¿Exceso de lagrimas? Si/No ¿Ojos secos? Si/No

¿Cataratas? Si/No ¿Pérdida de visión? Si/No ¿Vista borrosa? Si/No

¿Ha tenido operaciones o lesiones en los ojos? Sí/No Tipo _____ Fecha _____

Información adicional _____

Doctor Use Only (Sólo para uso del médico)

Reviewed by _____ Date _____

Reviewed by _____ No Change Date _____