

FORMA MÉDICA SOBRE HISTORIA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Sexo: _____ Edad: _____

Doctor Primario _____ Referido por: _____

Favor de contestar las siguientes preguntas sobre su pasado y salud general

Historia Médica del Paciente:

	Sí	No		Sí	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Escuchar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonidos en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad de Respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia Médica de los ojos:

	Sí	No		Sí	No
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ressequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descargo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con el músculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flotadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía de Láser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vista Borrosa o Perdida de Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia Familiar de los Ojos:

	Sí	No		Sí	No
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugías de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con el músculo del ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Favor de anotar todos los medicamentos orales que esta tomando. (Ejemplo: Tylenol, Vitaminas, etc.)

Favor de anotar todos los medicamentos que usted esta usando para los ojos. (Ejemplo: Gotas, Pomadas, etc.)

FAVOR DE COMPLETAR LOS DOS LADOS

Favor de anotar alergias a los medicamentos:

Reviso de Sistemas:

Marque la caja apropiada si usted alguno de los siguientes problemas: **Sí** **No**

Fiebre Crónica, perdida o subida de peso inexplicable, o Fatiga

Problemas de los oídos, la nariz, garganta (perdida de escuchar o sinusitis)

Problemas del corazón (dolor del pecho, Latido irregular)

Problemas Respiratorios (Perdida de respiración, tos, dificultad de respirar)

Problemas Gastrointestinales (Acidez, dolor abdominal, diarrea, vomito)

Problemas de la Orina (Dolor o molestia, sangre en la orina)

Problemas con la Piel (Ronchas, resequedad excesiva)

Problemas Musculares (Dolor de los músculos, músculos hinchados)

Problemas Neurológicos (Perdida de sentimiento, debilidad, dolor de cabeza, parálisis)

Problemas Psiquiátricos (Depresión, Ansiedad/Nervios)

Historia Familiar y Social

Sí **No**
¿Corre alguna enfermedad general o de los ojos en su familia?
(Diabetes, Alta Presión, Cáncer, Glaucoma, Degeneración Macular)

Si contestó sí a la pregunta, explique quien en la familia tiene cual problema:

Fecha del ultimo chequeo de sus ojos: _____ Donde: _____

Comentarios/Otra Información: _____

Firma del Doctor

Fecha