

## Cuestionario de Historia Medica

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_

Numero De Telefono De Emergencia: \_\_\_\_\_

Numero de Doctor primario: \_\_\_\_\_

Previo Examen De Ojos: \_\_\_\_\_

¿Usa Lentenes?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Usa Lentes De Contacto?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

Si si , ¿Cuanto tiene con su par actual? \_\_\_\_\_

Si si, ¿Cuanto tiene con su par actual? \_\_\_\_\_

Tipo De Lente De Contacto:     Suave     Rigido     Escleral     Otro

Lista todas las lecciones y cirugias del **OJO** anteriores \_\_\_\_\_

Sintomas del Ojo:	NO	SI	?
Perdida de Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doble Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensacion Arenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destellos/Flotantes en la Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagrimas Exesivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad al Deslumbramiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condiciones del Ojo:	NO	SI	?
Degeneracion Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Secos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras Condiciones del Ojo: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra preocupacion sobre sus ojos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Historia Medica

¿Esta Embarazada o Amamantando?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Lista todas las cirugías importantes anteriores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lista cualquier alergia a medicamentos conocida: \_\_\_\_\_

Lista todos los medicamentos que toma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia Social** Su informacion es confidencial. Puede discutir esta porcion directamente con el medico si lo prefiere.

¿Usa productos de Tabaco?         No     Si    Si si, Por quanto tiempo: \_\_\_\_\_

**Voltie la pagina----->>>>**

## Repaso de Sistema

<b>MUSCULOESQUELETICO</b>	<b>NO</b>	<b>Si</b>	<b>?</b>	<b>ENDOCRINO</b>	<b>NO</b>	<b>YES</b>	<b>?</b>
Dolor De Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides o otras Glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Coyuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PSIQUIATRICO</b>	<b>NO</b>	<b>Si</b>	<b>?</b>	<b>GASTROINTESTINAL</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>?</b>
Depresion Clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome del Intestino Irritab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>HEMATOLOGICO</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>?</b>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RESPIRATORIO</b>	<b>NO</b>	<b>Si</b>	<b>?</b>	<b>INMUNOLOGICO</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>?</b>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Sjogren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CARDIOVASCULAR</b>	<b>NO</b>	<b>Si</b>	<b>?</b>	<b>NEUROLOGICO</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>?</b>
Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:				Convul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CONSTITUTIONAL</b>	<b>NO</b>	<b>Si</b>	<b>?</b>	<b>CANCER</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies/Hay Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si si, ¿Que tipo?:			
				Si si, ¿Que tratamiento?:			

¿Hay algo

---



---



---



---



---

## Historia \*\*Familiar\*\*

Complete el campo a continuación para FAMILIA: **Relacion A Usted:**

<b>DISEASE/CONDITION</b>	<b>NO</b>	<b>Si</b>	<b>?</b>	
Ciego/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ojos Cruzados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Degeneracion Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desprendimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alta presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de Gaurdian

\_\_\_\_\_  
Fecha