

# HISTORIA MEDICA CUESTIONARIO

Nombre del Paciente (por favor imprima) \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Divorciado  Legalmente Separado  Casado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)

Empleador: \_\_\_\_\_ Titulo: \_\_\_\_\_

(Estudiante) Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Origen Racial:  American Indian or Alaska Native  Asian  Black or African American

Hispanic or Latino  Native Hawaiian / Other Pacific Islander  White/Caucasian

Nombre del Medico de Atencionprimaria: \_\_\_\_\_

Estas interesado en usar Lentes de Contacto?  Si  No  Porque? \_\_\_\_\_

Esta interesado en la Correccion de la Vision (LASIK)?  Si  No  Porque? \_\_\_\_\_

Cual es el principal motivo de la visita hoy? \_\_\_\_\_

Lista los medicamentos que esta tomando:

Medicamentos Sistemicos (Prescritidas)

Medicamentos Sistemicos (Sobre el Contador)

---

---

---

---

---

---

---

---

Medicamentos para el Ojo/Gotas (Prescritidas)

Medicamentos para el Ojo/Gotas (Sobre el Contador)

---

---

---

---

Tienes alguna alergia a medicamentos? Si si, por favor lista : \_\_\_\_\_

---

Necesita un repuesto de sus Medicamentos de Ojo? Si si, por favor lista: \_\_\_\_\_

**OJO/SINTOMAS VISUALES** Actualmente usted experimenta alguno de los siguientes?

Vision Borrosa  Si  No Dolor en los ojos  Si  No

Vision Distorsionada / Corona  Si  No Rojez  Si  No

Vision Doble  Si  No Comezon  Si  No

Destellos de Luz  Si  No Ardiente / Sequedad  Si  No

Flotadores en Vision  Si  No Sensacion Arenosa  Si  No

Inflamacion de Parpado Cronica  Si  No Exceso de Lagrimeo  Si  No

Orzuelo  Si  No Otro(a): \_\_\_\_\_

Esta informacion es confidencial y se mantendra con su expediente medico y usado solo conforme al acto de responsabilidad y portabilidad de seguro medico (HIPAA). Gracias por ayudarnos a ofrecerle la mejor salud del ojo y de cuidado de la vision.

(Por favor, entregue)

**HISTORIA PERSONAL DE OJO** Por favor note cualquier historia personal de las condiciones siguientes:

Catarata  SI  NO Herida de Ojo  SI  NO  
Glaucoma  SI  NO Estrabismo (Bizco)  SI  NO  
Maculo Deterioracion  SI  NO Otro(a): \_\_\_\_\_

**HISTORIA PERSONAL DE CIRUGIA OCULAR** Ha tenido alguna de las siguientes cirugías de ojo?

Cirugía de Cataratas  SI  NO Cirugía de Desprendimiento de Retina  SI  NO  
Cirugía de Glaucoma  SI  NO Cirugía del Musculo Ocular  SI  NO  
Otro(a): \_\_\_\_\_

**HISTORIA PERSONAL DE MEDICO** Ha tenido alguna de las siguientes condiciones medicas?

Alergia  SI  NO Hipertension  SI  NO

Artritis  SI  NO Rosacea  SI  NO

Asma  SI  NO Trastorno Convulsivo  SI  NO

EPOC  SI  NO Apnea de Sueno  SI  NO

Diabetes  SI  NO Paro Cardíaco  SI  NO

Coolesterol Elevado  SI  NO Trastorno de la Tiroides  SI  NO

Enfermedad del Corazon  SI  NO Otro(a): \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR** (Padres, abuelos, hermanos, niños)

Enfermedades Cardiovasculares  SI  NO Miembro de la Familia: \_\_\_\_\_

Diabetes  SI  NO Miembro de la Familia: \_\_\_\_\_

Alta Presion  SI  NO Miembro de la Familia: \_\_\_\_\_

Catarata  SI  NO Miembro de la Familia: \_\_\_\_\_

Glaucoma  SI  NO Miembro de la Familia: \_\_\_\_\_

Maculo Deterioracion  SI  NO Miembro de la Familia: \_\_\_\_\_

Otro(a): \_\_\_\_\_

**PERSONAL HISTORIA SOCIAL** (Para mayores de 13 anos)

Uso de Tabaco:  Nunca usado  Ex usuario  Usuario actual  Tabaco sin Humo

Usas alcohol?  SI  No  Uso social solo

Usas drogas  SI  No

Ha tenido una enfermedad de transmission sexual?  SI  No

Ha tenido una transfusion de sangre?  SI  No