

# Cuestionario de Historia Médica

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono (H): \_\_\_\_\_ (C): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Teléfono (W): \_\_\_\_\_

Guardián (Si Aplica): \_\_\_\_\_ Oficio: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Ultimo Examen Ocular: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre de su Medico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Medico: \_\_\_\_\_

Ultimo Examen Físico: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## Historia Medica

Tiene alergias a algunas medicinas?  No  Sí Si ha tenido, explique: \_\_\_\_\_

Anote las medicinas que usa (incluyendo anticonceptivos, aspirina, medicina comprada sin prescripción, remedios alternativos): \_\_\_\_\_

Anote todas las lesiones de su cuerpo, cirugías, y hospitalización: \_\_\_\_\_

Historia ocular: Ha tenido o tiene estrabismos, ambliopía, párpado caído, ojos prominentes, glaucoma, degeneración de la retina, cataratas, ó ojo lesionado: \_\_\_\_\_

Esta embarazada ó lactando?:  No  Sí

Usa lentes?  No  Sí Si usa lentes, por cuánto tiempo ha tenido su más reciente par? \_\_\_\_\_

Usa lentes de contacto?  No  Sí Si los usa, por cuánto tiempo ha tenido su más reciente par? \_\_\_\_\_

Tipo de lentes de contacto?  Duros  Blandos  Duerme con ellos  Otro Son cómodos?  No  Sí

## Historia Familiar

Por favor note cualquier miembro de familia, vivos ó muertos, que tienen ó han tenido las condiciones que se presentan:

ENFERMEDAD / CONDICION	NO	SÍ	?	RELACION
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración de la Macula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración o Desprendimiento de la Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de los Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desorden de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otra condición _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*Por favor siga con la segunda página detrás de esta forma*

**Historia Social***(Esta información es estrictamente confidencial, salvo que quiera discutir este tema con el doctor personalmente.)* Marque aquí si quiere.Maneja?  No  Sí Tiene dificultad con su vista cuando maneja?  No  Sí

Si tiene dificultad, explique: \_\_\_\_\_

Fuma?  No  Sí Si fuma, que tipo de tabaco usa, cantidad, y por cuanto tiempo ha fumado? \_\_\_\_\_Toma bebidas alcohólicas?  No  Sí Si toma, que producto, cantidad, y por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_Usa drogas ilegales?  No  Sí Si usa drogas, que tipo, cantidad, y por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_Se ha ex busto ó se ha infectado con:  Gonorrea  Hepatitis  SIDA  Sífilis**Reposo de Sistemas**

Ha tenido problemas en las siguientes áreas:

SISTEMA	NO	SÍ	?		NO	SÍ	?
CONTITUCIONAL				OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA			
Fiebre, Subida / Perdida de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTEGUMENTARIO (Piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestión Nasal / Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUROLOGICO				Mucosidad Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaquaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resequedad de la Boca o Gargan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques Epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RESPIRATORIO			
OJOS				Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de la Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis Crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Nublada / Empanada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Distorsionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VASCULAR / CARDIOVASCULAR			
Perdida de Visión Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doble Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Resecos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis / Legañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL			
Ojos Arenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picazón / Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITOURINARY			
Sensación de Cuerpo Foráneo Ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalita / Riñón / Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso de Lagrimeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HUESOS / ARTICULACIONES / MUSCULOS			
Sensibilidad a Luz / Sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección Crónica de los Ojos ó Párpados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orzuelos (styes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LINFATICO / HEMATOLOGICO			
Focos de Luz en la Vista Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENDOCRINE				ALERGICO / IMUNOLOGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides / Otras Glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PSIQUIATRICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si marca "S", explique y liste las medicinas que usa:

---



---

Firma del Doctor:

Fecha:

---