**CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | | | | | | | | | | | | | | |  | **Fecha de Nacimiento:** | | | | |  |
| **Médico de Referencia:** | | |  | | | | | | |  | **Médico de Atención Primaria:** | | | | | | | |  |  | | |
| **Farmacia y Localidad (ciudad y calle):** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Raza:** | | Indio Americano / Nativo de Alaska | | | | | | | | | | | Asiático | | | | | Negro / Afroamericano | | | | |
|  | | Nativo de Hawái / Isleño Pacifico | | | | | | | | | | | Blanco | | | | |  | | | | |
| **Etnicidad:** | | Hispano / Latino | | | | | | | | | | | No Hispano / Latino | | | | | | | | | |
| **Lenguaje Preferido:** | | | | Inglés | | | | Español | Otro: | | |  | | | | | | | | | | |
| **Alergias:** | | | | | | | **Reacción** | | | | | | | **Gravedad** | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | | | | |  | Leve | Moderado | | | | | Grave | |
|  | | | | |  |  | | | | | | | |  | Leve | Moderado | | | | | Grave | |
|  | | | | |  |  | | | | | | | |  | Leve | Moderado | | | | | Grave | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Historia Ocular: (Por favor marque todo lo que corresponda)** | | | | *\* No historia de problemas oculares \** |
| Ambliopía (Ojo Vago) | | Retinopatía Diabética | Iritis/Uveítis | |
| Astigmatismo | | Ojos Secos | Degeneración Macular | |
| Cataratas | | Glaucoma | Miopía | |
| Trastorno de Córnea | | Hipermetropía | Desprendimiento de Retina | |
| Otro: |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cirugías Oculares: (Por favor marque todo lo que corresponda)** | | | *\* No cirugías previas \** | |
| **(D) (I)** | | **(D) (I)** | | **(D) (I)** |
| Blefaroplastia (Cirugía de Parpado) | | Cirugía de Glaucoma | | Estrabismo (Cirugía de Musculo de Ojo) |
| Cirugía Catarata | | Cirugía de Retina con Láser | | Vitrectomía |
| Trasplante de Córnea | | LASIK/PRK/RK | | YAG Láser Capsulotomía |
| Otro: |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicamentos de Ojos Actuales:** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Historia Medica:** | | *\* No historia de enfermedad \** | | |
| Anemia | | | Dolor de Cabeza | Enfermedad del Hígado |
| Artritis | | | Pérdida de Audición | Lupus |
| Arritmia | | | Ataque al Corazón | Migraña |
| Asma | | | Hepatitis | Esclerosis Múltiple |
| Cáncer | | | Herpes | Polimialgia Reumática |
| Insuficiencia Cardíaca Congestiva | | | Alta Presión | Desorden Psiquiátrico |
| EPOC | | | Alto Colesterol | Artritis Reumatoide |
| Diabetes (Tipo 1 / Tipo 2) | | | VIH/ SIDA | Infarto |
| Fibromialgia | | | Enfermedad del Riñón | Enfermedad de Tiroides |
| Otro: |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cirugías Generales/ Procedimientos:** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Otros Medicamentos:** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Por favor continúe al otro lado de esta página →**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Historia Familiar: (Por favor indique relación)** | | | | | | | *\* No historia de enfermedad \** | | | | *\* Historia desconocida \** | | | |
| Ceguera | |  | Glaucoma | |  | | | | Degeneración Macular | | | |  | |
| Cáncer |  | | Enfermedad de Corazón | | | | |  | Enfermedad de la Retina | | | | |  |
| Cataratas | |  | Presión Alta | | |  | | | Infarto |  | | | | |
| Diabetes | |  | Ojo Vago |  | | | | |  | | |  | | |
| Otro: |  |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Historia Social: (Por favor marque todo lo que corresponda)** | | | | | | | | | | | |
| Fumar: | corriente fumador todos los días | | | | corriente fumador algunos días | | ex fumador | | | nunca | |
| Uso de alcohol: | | no | sí | En caso afirmativo, ¿en qué cantidad y con qué frecuencia? | | | |  | | | |
| Uso de drogas: | | no | sí | En caso afirmativo, ¿cuáles y por cuánto tiempo? | |  | | |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Repaso de Sistemas: (Por favor marque todo lo que corresponda)** | | |
| Ojos | Respiratorio | Sangre/ Ganglios linfáticos |
| Cirugía Previa | Tos | Fácilmente Abollado |
| Lentes de Contacto | Congestión | Encías Sangran Fácilmente |
| Dolor | Sibilancias | Sangrado Prolongado |
| Visión Doble | Asma | Uso Pesado de Aspirina |
| Glaucoma |  |  |
| Cataratas | Gastrointestinal | Musculoesquelético |
| Degeneración Macular | Acidez | Rigidez |
| Ojos Secos | Nausea / Vomito | Artritis |
| Parpadea | Ictericia / Hepatitis | Dolor/ Hinchazón de las Articulaciones |
| Flotadores |  |  |
|  | Genitourinario | Piel |
| Orejas, Nariz, y Garganta | Dolor / Dificultad | Salpullido / Llagas |
| Problemas de Audición | Sangre en el Orín | Lesiones |
| Timbre en el Oído | Historia de Piedras en el Riñón | Urticaria / Eczema |
| Vértigo | Historia de Enfermedad de  Transmisión Sexual |  |
| Cardiovascular |  | Neurológico |
| Dolor de Pecho | Psiquiátrico | Infartos |
| Mareo | Ansiedad/ Depresión | Debilidad / Parálisis |
| Desmayos | Cambios de Humor | Entumecimiento |
| Falta de Aliento | Dificultad para Dormir | Temblores |
| Latido Irregular |  |  |
| Dificultad Acostándose Plano | Endocrino | Inmunológica |
|  | Aumento de Sed | Urticaria |
| Constitucional | Aumento de Hambre | Comezón |
| Fatiga / Debilidad | Aumento de Ordinación | Nariz que Moquea |
| Fiebre | Aumento de Sudor | Presión por Sinusitis |
| Aumento / Pérdida de Peso | Cambios en las Uñas |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma del Paciente:** |  | **Fecha:** |  |