**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:** |   |