

CUESTIONARIO DE HISTORIA MEDICA

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
 Direccion: _____
 Telefono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
 Ocupacion: _____
 Empleador o escuela: _____
 Persona en caso de emergencia y telefono: _____
 Ultimo examen ocular: _____ Dilatacion? S/N _____ Fecha: _____

I N F O R M A C I O N M E D I C A

Como esta su salud general? _____
Tiene algunos problemas con unos de sus sistmas?

Gastrointestinal	S/N	Nerviosismo	S/N	Ojos	S/N
Oidos/Nariz/Garganta	S/N	Genitourinario	S/N		
Cardiovascular	S/N	Huesos/Articulaciones/Musculos		S/N	
Respiratorio	S/N	Piel	S/N		
Psiquiatrico	S/N	Endocrinologico	S/N		
Linfatico/hematologico	S/N	Alergico/Inmunologico?	S/N		

Por favor explique _____
Por favor conteste:
 Diabetes S/N Tipo _____ Fecha de diagnostico _____
 Alergias S/N Che Alergias? _____ Reacciones? _____
 Alergias algun medicamento S/N Reacciones? _____ Dolores de cabeza S/N _____
 Otros problemas de salud _____
 Anote las medicinas que toma _____
 Ha tenido algunas cirugias? S/N Tipo? _____
 Cuando? _____
 Fuma cigarros? S/N Tabaco? S/N Alcohol? S/N
 Otras sustancias? S/N _____
 Nombre de su medico _____ Fecha de la ultima visita _____
 Fecha de la injeccion del tetano _____

H I S T O R I A F A M I L I A R

Alta Presion	S/N	Rel _____	Degeneracion de la macula	S/N	Rel _____
Diabetes	S/N	Rel _____	Desprendimiento de la retina	S/N	Rel _____
Glaucoma	S/N	Rel _____	Cataratas	S/N	Rel _____
Otra condicion	S/N	Que tipo? _____			Rel _____

I N F O R M A C I O N P E R S O N A L D E S U S O J O S

Algunas cirugias en sus ojos? S/N Que tipo _____ Fecha _____
 Algun golpe en el ojo? S/N Que tipo _____ Fecha _____
 Tiene glaucoma? S/N Cataratas? S/N Ojos resecos? S/N
 Vision nublada? S/N Cuando? _____
 Usa anteojos? S/N Lentes de contacto? S/N Que tipo _____
 Informacion adicional _____
 A quien le doy las gracias for haberlo referido? _____
 Iniciales de doctor _____