

Cuestionario de Historial Médico

Nombre: _____ Fecha: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 _____ Teléfono del Trabajo: _____
 Tutor (si corresponde): _____ Ocupación: _____
 Email: _____ Idioma Preferido: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Núm. de Seguridad Social: _____ Raza / Etnia: _____
 Sexo: _____ Último Examen de la Vista: _____ Último Examen Físico: _____
 Nombre de su Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

Historial Médico

¿Tiene algún tipo de alergias a medicamentos? sí no Si sí, explique: _____

Lista de los medicamentos que toma (incluyendo anticonceptivos, aspirina, medicamentos comprados sin receta, y remedios caseros): _____

Anote todas las lesiones mayores, cirugías, y hospitalizaciones: _____

Historia ocular: ojos cruzados ojo perezoso párpado caído ojos prominentes Glaucoma
 degeneración de la retina cataratas infecciones oculares lesiones del ojo

¿Está embarazada o en periodo de lactancia? sí no

¿Usa lentes? sí no ¿Si usa lentes, por cuánto tiempo ha tenido sus lentes más recientes? _____

¿Usa lentes de contacto? sí no ¿Si los usa, por cuánto tiempo ha tenido su más reciente par? _____

Tipo de lentes de contacto: Duros Blandos Uso prolongado Otro ¿Son cómodos? sí no

Historia Familiar: tome nota de cualquier historia familiar (padres, abuelos, hermanos, niños; vivos o fallecidos) de las condiciones siguientes.

Condición	Sí	No	?	Relación Con Usted	Condición	Sí	No	?	Relación Con Usted
Ceguera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos Cruzados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de los Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Lupus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración o Desprendimiento de la Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Desorden de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Otra condición: _____				_____
Cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					_____

* Por favor dale vuelta a la página y complete la segunda parte. *

Historia Social: Esta información se mantiene de forma estrictamente confidencial. Por favor indique si prefiere discutir este tema con el médico personalmente. Marque aquí para hablar con el médico.

¿Maneja? sí no ¿Tiene dificultad con su vista cuando maneja? sí no Si tiene dificultad, explique: _____

¿Fuma? sí no Si fuma, que tipo, cantidad, y por cuanto tiempo: _____

¿Bebe alcohol? sí no Si toma, que tipo, cantidad, y por cuanto tiempo: _____

¿Usa drogas ilegales? sí no Si usa drogas, que tipo, cantidad, y por cuanto tiempo: _____

Ha estado alguna vez expuesto o se ha infectado con: Gonorrea Hepatitis SIDA Sífilis

Revisión de los Sistemas: ¿Actualmente o alguna vez ha tenido problemas en las siguientes áreas?:

Sistema	Sí	No	?	Sistema	Sí	No	?
Constitucional				Oídos, Nariz, Boca, Garganta			
Fiebre, Subida/Pérdida de Peso .. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integumentario (Piel)..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestión Nasal/Sinusitis..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurológico				Mucosidad Nasal..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de Cabeza..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Post-goteo Nasal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaquica/Migrañas..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos Crónica..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques Epilépticos..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resequedad de Boca/Garganta .. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos				Respiratorio			
Pérdida de la Vista <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Nublada/Empañada..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis Crónica..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Distorcionada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de Vision Periférica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vascular / Cardiovascular			
Doble Visión <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Resecos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Corazón <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción Mucosa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presión..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Rojos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vascular..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Arenosos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal			
Picazón/Comezón <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritación..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de Cuerpo				Genitourinario			
Foráneo Ocular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales/Riñones/Vejiga <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso de Lagrimeo..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huesos / Articulaciones / Músculos			
Sensibilidad a Luz/Sol..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumático <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Ojo..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Músculos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección Crónica				Dolor de Articulaciones..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de los Ojos o Párpados <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfático / Hematológico			
Orzuleos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Focos de Luz en la Vista				Problemas de la Sangre..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periférica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alérgico / Inmunológico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Cansados <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psiquiátrico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrinológico							
Tiroides/Otras Glandulas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Si usted respondió Sí a cualquiera de estas preguntas o tiene condiciones no mencionados, por favor explique y lista los medicamentos.

Firma del Doctor

Fecha