

Nombre : \_\_\_\_\_ FechaNacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### HISTORIA MÉDICA

Es alérgico a medicamento? [ ] No [ ] Si, Cual ?:

---

---

Haga una lista de los medicamentos que toma (incluyendo anticonceptivos orales , aspirina, medicamentos sin receta médica , las vitaminas y los remedios caseros ) y lo que los tome por :

---

---

---

Enumerar todas las lesiones importantes , cirugías y / u hospitalizaciones que ha tenido :

---

---

Compruebe cualquiera de los siguientes que se aplican a usted :

- [ ] bizco [ ] Ojos perezosos [ ] Párpados caídos [ ] Los ojos prominentes [ ] enfermedad de la retina  
[ ] Glaucoma [ ] lesiones en los ojos [ ] Cataratas [ ] infección de los ojos [ ] Otro

¿Está embarazada y / o Mamantando ? [ ] No [ ] Sí

¿Usted usa anteojos ? [ ] No [ ] Sí ¿cuántos años tiene tu actual pareja de lentes ?

¿Qué edad es la receta? \_\_\_\_\_ Cualquier problema con sus lentes? \_\_\_\_\_

¿Usted usa lentes de contacto ? [ ] No [ ] Sí ¿Cuántos años tiene con esos pares de lentes ? \_\_\_\_\_

¿Qué edad es la receta? \_\_\_\_\_ Cualquier problema con los contactos ? \_\_\_\_\_

Tipo de lentes de contacto : [ ] rígido [ ] Suave [ ] de durabilidad extendida [ ] Otro: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia usa sus lentes de contacto [ ] Diario [ ] 1-2 semanas [ ] 1-2 meses [ ] Otro \_\_\_\_\_

¿Son cómodos ? [ ] Sí [ ] No Si no, ¿qué problemas tiene? \_\_\_\_\_

### HISTORIA FAMILIAR

Porfavor anote los antecedentes familiares ( padres, abuelos , hermanos, hijos , vivos o fallecidos ) para las siguientes condiciones :

ENFERMEDADES / CONDICIONES NO/SI ? RELACIÓN CON USTED

Ceguera [ ] \_\_\_\_\_

Catarata [ ] \_\_\_\_\_

Ojos cruzados [ ] \_\_\_\_\_

Glaucoma [ ] \_\_\_\_\_

Degeneración macular [ ] \_\_\_\_\_

Desprendimiento de Retina / Enfermedades [ ] \_\_\_\_\_

Artritis [ ] \_\_\_\_\_

Cáncer [ ] \_\_\_\_\_

Diabetes [ ] \_\_\_\_\_

Enfermedades del Corazón [ ] \_\_\_\_\_

Presión arterial alta [ ] \_\_\_\_\_

Enfermedad renal [ ] \_\_\_\_\_

Lupus [ ] \_\_\_\_\_

La enfermedad de tiroides [ ] \_\_\_\_\_

Otro [ ] \_\_\_\_\_

### ACTIVIDADES LABORALES Y DE INTERÉS

[ ] Fútbol / Deportes de Contacto [ ] Baseball / Softball [ ] Baloncesto / Voleibol

[ ] Fútbol [ ] Deportes Acuáticos [ ] Ambiente de Trabajo Polvoroso

[ ] Informática [ ] Hobbies / Actividades [ ] Otros

CONTINUAR----->

## HISTORIA SOCIAL

Esta información queda estrictamente confidencial . Sin embargo , es posible discutir esta parte directamente con el médico si usted prefiere. [ ] Sí , yo preferiría hablar de mi información Historia social directamente con el médico. ( ¿Es usted conduce ? [ ] No [ ] Sí En caso afirmativo , ¿tiene dificultad visual al conducir ? [ ] No [ ] Sí En caso afirmativo , por favor describa :

¿Utiliza productos de tabaco? [ ] No [ ] Sí En caso afirmativo , el tipo / cantidad / por cuanto tiempo \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol ? [ ] No [ ] Sí En caso afirmativo , el tipo / cantidad / por cuanto tiempo \_\_\_\_\_

¿Usted usa drogas ilegales? [ ] No [ ] Sí En caso afirmativo , el tipo / cantidad / por cuanto tiempo \_\_\_\_\_

¿Ha estado alguna vez infectado con :

[ ] La gonorrea [ ] Hepatitis [ ] VIH [ ] Sífilis [ ] Otro \_\_\_\_\_

SINTOMAS	No	SI	?	SINTOMAS	No	SI	?
<b>constitucional</b>				<b>Bones/Joints/Muscles</b>			
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oídos, nariz , boca, garganta</b>				Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-goteo Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Lymphatic/Hematological</b>			
Voca/garganta reseca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz Mocosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Integumentario</b>				Psychiatric	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ojos</b>			
<b>neurológico</b>				Perdida vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vision boroza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migranias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distorzion de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolordecabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Respiratorio</b>				Lagana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rojez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensasion Arenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comeson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vascular/ Cardiovascular</b>				Ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensasion extrana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El Exceso de lagrimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presion Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ProblemasVascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en los Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gastrointestinal</b>				Los Orzuelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regino/Vegina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Endocrino</b>			
Estrinimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides / Otras Glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_