

# Cuestionario de Historia Médica

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ #de Seguro Social: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Oficio: \_\_\_\_\_

Nombre de su Médico: \_\_\_\_\_ Ultimo Examen Ocular: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Como Aprendiste de Nosotros? \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

Guardián (Si Aplica): \_\_\_\_\_ Ultimo Examen Físico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Historia Médica

¿Tiene alergias a alguna medicinas?  no  sí .Si ha tenido, explique: \_\_\_\_\_

Anote las medicinas que usa (incluyendo anticonceptivos, aspirina, medicina comprada sin prescripción, y remedios alternativos):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Anote todas las lesiones de su cuerpo, cirugías, y hospitalización: \_\_\_\_\_

Historia ocular: ha tenido ó tiene estrabismos, ambliopía, párpado caído, ojos prominentes, glaucoma, degeneración de la retina, cataratas, ó ojo lesionado: \_\_\_\_\_

¿Esta embarazada ó lactando?  no  sí

¿Usa lentes?  no  sí ¿Si usa lentes, por cuánto tiempo ha tenido su mas reciente par? \_\_\_\_\_

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

Tipo de lentes de contacto :  Duros  Blandos  Duerme con ellos  Otro ¿Son cómodos?  no  sí

## Historia Familiar

Por favor note cualquier miembro de familia, vivos ó muertos, que tienen ó han tenido las condiciones que se presentan:

ENFERMEDAD/CONDICIÓN	NO	SÍ	?	RELACIÓN
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración de la Macula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración ó Desprendimiento de la Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de los Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desorden de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otra condición _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*\*Por favor siga con la segunda página detrás de esta forma\**

# Historia Social

Esta información es estrictamente confidencial, salvo que quiera discutir este tema con el doctor personalmente.

Marque aquí si quiere.

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

¿Fuma?  no  sí    Si fuma, que tipo de tabaco usa, cantidad, y por cuanto tiempo ha fumado: \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas?  no  sí    Si toma, que producto, cantidad, y por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

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

Se ha exbusto ó se ha infectado con:  Gonorrea     Hepatitis     SIDA     Sífilis

## Repaso de Sistemas

Ha tenido problemas en las siguientes areas:

SISTEMA	NO	SÍ	?		NO	SÍ	?
<b>CONTITUCIONAL</b>							
Fiebre, Subida/Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>INTEGUMENTARIO</b> (piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>NEUROLÓGICO</b>							
Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Jaqueca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ataques Epilepticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>OJOS</b>							
Pérdida de la Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Visión Nublada/Empañada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Visión Distorcionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pérdida de Vision Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Doble Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ojos Resecos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Conjuntivitis/Legañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ojos Rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ojos Arenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Picazón/Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Irritación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensación de Cuerpo Foráneo Ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Exceso de Lagrimeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensibilidad a Luz/Sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dolor de Ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Infección Crónica de los Ojos ó Párpados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Horzuelos (styes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Focos de Luz en la Vista Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ojos Cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>ENDOCRINOLÓGICO</b>							
Tiroides/Otras Glandulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<b>OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA</b>			
				Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Congestión Nasal/Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Mucosidad Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Tos Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Resequedad de la Boca ó Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>RESPIRATORIO</b>			
				Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>VASCULAR / CARDIOVASCULAR</b>			
				Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Dolor de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>GASTROINTESTINAL</b>			
				Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>GENITOURINARIO</b>			
				Genitalia/Riñon/Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>HUESOS / ARTICULACIONES / MÚSCULOS</b>			
				Artritis Reumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Dolor de Músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Dolor de Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>LINFÁTICO / HEMATOLÓGICO</b>			
				Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Problemas de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>ALERGICO / IMUNOLÓGICO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>PSIQUIATRICO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si marca sí, explique y liste las medicinas que usa.

---



---



---



---



---

Firma del Doctor

Fecha