

# 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 (piel)</b>	<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