

HISTORIAL MEDICO PACIENTE NUEVO QUESTIONNAIRE

Nombre de paciente: _____ Fecha ___/___/___
 Direccion _____ Telefono hogar _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Telephono Trabajo _____
 Fecha de nacimiento ___/___/___ Casada? _____ Telefono Cellular _____
 Ocupacion _____ Social Security Numero _____
 Emergencia contacto _____ Telefono _____
 Relationship to patient _____ Como oye este doctora? _____
 Fecha de examen medical ultimo _____ Doctor Primario _____
 Fecha de examen de ojos ultimo _____ Nombre de Doctor de ojos pasado _____

Medical History

Allergias a medicamento NO SI Explica _____

Esta alergia a Latex? NO Si

Por favor escriba los medicamentos esta tomando (incluye aspirina, oral contraceptivos , los que compra en la pharmacia, vitaminas, etc)

| Medicamentos | Toma para | Cuantos (mg) | Veces al dia |
|--------------|-----------|--------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Escriba todos los problemas medicals, sirugias que tenia y cuando empezo

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Describe algunas problemas con los ojos que tenia en el pasado _____

Esta embarazada? ? NO SI

Tiene anteojos? NO SI Por cuanto tiempo tiene? _____

Usa Contactos NO SI

Tipo de contactos: Rigido _____ suave _____

Escriba cirujías de ojo tenia en el pasado: _____

HISTORIAL DE LA FAMILIA

| | Relacion a Ud |
|----------------------|---------------|
| Ceguera | _____ |
| Ojos cruzados | _____ |
| Glaucoma | _____ |
| Macular Degeneration | _____ |
| Retinal detachment | _____ |
| Artritis | _____ |
| Cancer | _____ |
| Diabetes | _____ |
| Lupus | _____ |
| Multiple Sclerosis | _____ |
| Otras: | _____ |

HISTORIAL SOCIAL

Pais de su familia _____

Maneja Ud.? NO SI

Si maneja, tiene problemas? NO YES

Por favor, describe: _____

Hay problemas con la vista durante al dia (para leer or trabajo) NO SI

describe: _____

Fuma? NO SI

Por cuanto tiempo? _____

Bebe alcohol? NO SI

Cuanto cada dia _____

Usa drogas? NO SI

Que usas, pos cuanto tiempo? _____

Tiene ahora or tenia en el pasado:

Gonorrhea Hepatitis HIV Syphilis

Tiene estos problemas medicales ahora?

CONSTITUTIONAL

| | NO | SI |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Fiebre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bajar pesos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cansada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INTEGUMENTARY (SKIN)

| | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Eczema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rash/Itching | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| New Moles/Growths | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NEUROLOGICAL

- Dolor de cabeza
- Migraines
- Miriado
- Seizures
- Numbness
- Tingling

ENDOCRINE

- Diabetes
- Thyroid problems
- Other Gland

EARS, NOSE, THROAT

- Allergies/Hay fever
- Sinus congestion
- Loss of hearing
- Chronic cough
- Dry mouth

RESPIRATORY

- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| | NO | YES |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chronic Bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Emphysema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VASCULAR/CARDIOVASCULAR

- Chest pain
- High Blood pressure
- Racing pulse
- Vascular Disease

GASTROINTESTINAL

- Diarrhea
- Constipation
- Ulcers

GENITOURINARY

- Kidney stones
- Difficult/
painful urination
- Incontinence

BONES, JOINTS/MUSCLES

- Rheumatoid Arthritis
- Muscle pain/weak
- Joint pain/weakness

LYMPHATIC/HEMATOLOGIC

- Anemia
- Bleeding/bruising

PSYCHIATRIC

- Depression
- Memory loss/confusion
- Nervousness/panic attacks

Please list any other conditions not previously listed presently or in the past:

Patient's Signature: _____ Date: ___/___/_____

Doctor's signature _____ Date: ___/___/_____