

Cuestionario de Historia Medica

Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
Direccion: _____ Telefono: _____
Cellular: _____
Fecha de Nacimiento : ____ / ____ / ____ Seguro Social: ____ / ____ / ____ Ultimo Examen Ocular: ____ / ____ / ____
Email: _____ Ultimo Examen Fisico: ____ / ____ / ____
Nombre de su Medico Primario: _____ Tel Del Dr: _____

Historia Medica:

Tiene alergia a alguna medicinas? No Si Si ha tenido, explique: _____

Anote las medicinas que usa (incluyendo anticonceptivos, aspirina, medicina comprada sin prescripcion, y remedios alternativos): _____

Anote todas las lesiones de su cuerpo, cirugias, y hospitalizacion: _____

Historia ocular: ha tenido o tiene estrabismo, amblyopia, parpardo caido, ojos prominentes, glaucoma, degeneracion de la retina, catarata o ojo lesionado: _____

Esta embarazada o lactando? No Si
Usas lentes? No Si Si usa lentes, por cuanto tiempo ha tenido su mas reciente par? _____
Usa lentes de contacto? No Si Si usa lentes, por cuanto tiempo ha tenido su mas reciente par? _____
Tipo de lentes de contacto: Duros Blandos Duerme con ellos Otro Son Comodos No Si

Historia Familiar:

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

Enfermedad/Condicion	NO	SI	?	Relacion
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"/>	_____
Degeneracion de la Macula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneracion/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 Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de los Rinones	<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 Condicion _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Por favor siga con la segunda pagina detras de esta forma

