# CUESTIONARIO DE HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente (En Letra de Molde) _____Fecha de Hoy _____

Cumpleaños: _____ Seguro Social:_____-_____-_____

Estado Civil: ☐ Divorciado(a) ☐ Legalmente Separado(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a)

Empleador:_____Titulo:_____

(Estudiante) Escuela:_____Grado:_____

Origen Racial: ☐American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐Black or African American ☐Hispano o Latino ☐Native Hawaiian/Other Pacific Islander ☐White/Caucasian

Nombre de su Médico de Atención Primaria:_____

Farmacia Primaria: _____

¿Cuál es el principal motivo de su visita hoy? _____

¿Está interesado en usar lentes de contacto? ☐ Si ☐ No Por qué?_____

¿Está interesado en la corrección de visión LASIK? ☐ Si ☐ No Por qué?_____

**Liste los medicamentos que está tomando**:

| Medicamentos sistémicos (Recetados) | Medicamentos sistémicos (Sobre el Contador) |
|---|---|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

| Medicamentos para el Ojo/Gotas (Recetados) | Medicamentos para el Ojo/Gotas (Sobre el Contador) |
|---|---|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? Por favor describa:_____

_____

¿Necesita un repuesto de sus medicamentos para el ojo? Por favor describa:_____

_____

**SINTOMAS OCULARES** Actualmente usted experimenta alguno de los siguientes síntomas?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Visión Borrosa | ☐ Si | ☐ No | Dolor en los ojos | ☐ Si | ☐ No |
| Visión Distorsionada/Corona | ☐ Si | ☐ No | Rojez | ☐ Si | ☐ No |
| Visión Doble | ☐ Si | ☐ No | Comezón | ☐ Si | ☐ No |
| Destellos de Luz | ☐ Si | ☐ No | Ardor/Sequedad | ☐ Si | ☐ No |
| Flotadores en su Visión | ☐ Si | ☐ No | Sensación Arenosa | ☐ Si | ☐ No |
| Inflamación de Parpado Crónica | ☐ Si | ☐ No | Exceso de Lagrimeo | ☐ Si | ☐ No |
| Orzuelo | ☐ SI | ☐ No | Otro(a):_____ | | |

**HISTORIAL PERSONAL OCULAR** Por favor note cualquier historia personal de las condiciones siguientes:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Catarata | ☐ Si | ☐ No | Herida de Ojo | ☐ Si | ☐ No |
| Glaucoma | ☐ Si | ☐ No | Estrabismo (Bizco) | ☐ Si | ☐ No |
| Degeneración Macular | ☐ Si | ☐ No | Otro(a):_____ | | |

(voltee la pagina)

**HISTORIAL PERSONAL OCULAR** ¿Ha tenido alguna de las siguientes cirugías?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cirugía de Cataratas | ☐ Si | ☐ No | Cirugía de Desprendimiento de Retina | ☐ Si | ☐ No |
| Cirugía de Glaucoma | ☐ Si | ☐ No | Cirugía del Musculo Ocular | ☐ Si | ☐ No |

Otra:_____

**HISTORIA PERSONAL MEDICO** ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Alergia | ☐ Si | ☐ No | Hipertensión | ☐ Si | ☐ No |
| Artritis | ☐ Si | ☐ No | Rosácea | ☐ Si | ☐ No |
| Asma | ☐ Si | ☐ No | Trastorno Convulsivo | ☐ Si | ☐ No |
| EPOC | ☐ Si | ☐ No | Apnea de Sueno | ☐ Si | ☐ No |
| Diabetes | ☐ Si | ☐ No | Paro Cardiaco | ☐ Si | ☐ No |
| Colesterol Elevado | ☐ Si | ☐ No | Trastorno de la Tiroides | ☐ Si | ☐ No |
| Enfermedad del Corazón | ☐ Si | ☐ No | Otro(a):_____ | | |

**HISTORIAL FAMILIAR** (Padres, abuelos, hermanos, hijos)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Enfermedad Cardiovascular | ☐ Si | ☐ No | Miembro de la Familia:_____ |
| Diabetes | ☐ Si | ☐ No | Miembro de la Familia:_____ |
| Alta Presión | ☐ Si | ☐ No | Miembro de la Familia:_____ |
| Catarata | ☐ Si | ☐ No | Miembro de la Familia:_____ |
| Glaucoma | ☐ Si | ☐ No | Miembro de la Familia:_____ |
| Degeneración Macular | ☐ Si | ☐ No | Miembro de la Familia:_____ |

Otro(a):_____

**PERSONAL HISTORIA SOCIAL** (Para mayores de 13 años)

¿Ha usado alguna vez productos de tabaco? ☐ Usando actualmente ☐ En el pasado ☐ Nunca ☐ Tabaco sin Humo

¿Toma usted alcohol? ☐ Si ☐ No ☐ Socialmente

**Fui Referido (a) por:**

☐ **Un Familiar:** _____ ☐ **Amigo o Compañero de Trabajo:**_____

☐ **Otro Doctor:**_____ ☐ **Su Aseguranza**

Esta información es confidencial y será guardada con su historial médico, utilizado solamente de acuerdo con la ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud (HIPAA). Gracias por ayudarnos a proporcionar el mejor cuidado para su visión.