

# Winters Eyecare

## CUESTIONARIO DE HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente (por favor imprima): \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

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

Empleador: \_\_\_\_\_ Titulo: \_\_\_\_\_

(Estudiante) Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Medico de Atencionprimaria: \_\_\_\_\_

Farmacia Primaria: \_\_\_\_\_

Cual es el principal motive de la visita hoy? \_\_\_\_\_

Estas interesado en usar Lentes de Contacto?  Si  No Porque? \_\_\_\_\_

Esta interesado en la Correccion de la Visoion (LASIK)?  Si  No Porque? \_\_\_\_\_

### Lista los medicamento que esta tomando:

#### Medicamentos Sistemicos (Prescritidas)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Medicamentos Sistemicos (Sobre el Contador)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Medicamentos para el Ojo/Gatoas(Prescritidas)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Medicamentos para el Ojo/Gotas (Sobre el Contador)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tienes alguna alergia a medicamentos? Por favor lista: \_\_\_\_\_

Necesita un repuesto de sus Medicametos de Ojo? Por favor lista: \_\_\_\_\_

### **OJO/SINTOMAS VISUALES** Actualmente usted experimenta alguno de los siguientes?

Vision Borrosa  Si  No Dolor en los ojos  Si  No

Vision Distorsionada/Corona  Si  No Rojez  Si  No

Vision Doble  Si  No Comezon  Si  No

Destellos de Luz  Si  No Ardiente/Sequedad  Si  No

Flotadores en Vision  Si  No Sensación Arenosa  Si  No

Inflamacion de Parpado Cronica  Si  No Exceso de Lagrimeo  Si  No

Orzuelo  SI  No Otro(a): \_\_\_\_\_

(gire la pagina)

**HISTORIA PERSONAL DE OJO** Por favor note cualquier historia personal de las condiciones siguientes:

Catarata	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Herida de Ojo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Estrabismo (Bizco)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Maculo Deterioracion	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otro(a):	_____	

**HISTORIA PERSONAL DE CIRUGIA OCULAR** Ha tenido alguna de las siguientes cirugías de ojo?

Cirugia de Cataratas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cirugía de Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cirugia de Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cirugía del Musculo Ocular	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Other:	_____				

**HISTORIA PERSONAL DE MEDICO** Ha tenido alguna de las siguientes condiciones medicas?

Alergia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hipertension	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Rosacea	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Trastorno Convulsivo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
EPOC	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Apnea de Sueno	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Paro Cardiaco	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Colesterol Elevado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Trastorno de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otro(a):	_____	

**HISTORIA FAMILIAR** (Padres, abuelos, hermanos, niños)

Enfermedades Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Miembro de la Familia:	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Miembro de la Familia:	_____
Alta Presion	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Miembro de la Familia:	_____
Catarata	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Miembro de la Familia:	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Miembro de la Familia:	_____
Maculo Deterioracion	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Miembro de la Familia:	_____
Otro(a):	_____			

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

Usado de Tabaco:  Nunca usado  Ex usuario  Usuario actual  Tabaco sin Humo

Usas alcohol?  Si  No  Uso social solo

**Fui Referido(a) por:**

Un Familiar: \_\_\_\_\_  Amigo o companero de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Otro doctor: \_\_\_\_\_  Aseguranza: \_\_\_\_\_