

# Formulario de historial medico

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ [ ] Iniciales

Numero de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero

médico : \_\_\_\_\_

¿Qué dificultades visuales específicas estás experimentando ahora? \_\_\_\_\_

**¿Tiene ahora o alguna vez ha tenido? En caso afirmativo , explique**

- A. Diabetes, mellitus. [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, duración y tratamiento. \_\_\_\_\_
- B. Ataque al corazón [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_  
Angina o dolor en el pecho [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_  
Insuficiencia cardíaca [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_  
Latidos irregulares o rápidos [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_  
Un marcapasos cardíaco insertado [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- C. Presión arterial alta [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- D. Un derrame cerebral o "choque" [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- E. Anemia [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- F. Asma [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- G. Úlcera estomacal o duodenal [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- H. Piedras renales o otra enfermedad renal [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- I. Artritis (en caso afirmativo, tipo) [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- J. Cáncer o tumor [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_  
Tipo, ubicación y fecha [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_  
Tratamiento administrado [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- K. Enfermedad tiroidea [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- L. Convulsiones o ataque de nervios [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- M. Venas varicosas o coágulos de sangre en las piernas [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- N. Otros problemas médicos [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_
- O. ¿Aumento o pérdida de peso de más de 10 libras en el último año? [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_

¿Eres **ALÉRGICO** a algún medicamento o a algún alimento? [ ] No [ ] Sí \_\_\_\_\_

**Medicamentos para los ojos :** \_\_\_\_\_ **Otros medicamentos:** \_\_\_\_\_


**¿Cirugía o lesión ocular ?** [ ] No [ ] Sí En caso si a tenido cirugía, indique los nombres de las operaciones o lesiones y las fechas

e indique qué ojos: \_\_\_\_\_

Que operaciones en ves de ojos a tenido? Indique los tipos y las fechas: \_\_\_\_\_

¿Usa lentes? [ ] No [ ] Sí ¿Usted usa lentes de contacto? [ ] No [ ] Sí En caso afirmativo, que

tipo de contactos , \_\_\_\_\_ ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Usted fuma? [ ] No [ ] Sí En caso afirmativo, ¿cuántos por día durante cuántos años? \_\_\_\_\_

Si no, y fumaba en el pasado, cunato fumo y por que tanto tiempoy cuando termino de fumar ?

¿ Consume alcohol? [ ] No [ ] Sí En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana durante cuántos años? \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ si se retiró, ¿cuál fue su ocupación? \_\_\_\_\_

Aficiones: \_\_\_\_\_

Entre sus parientes consanguíneos, ¿hay antecedentes de alguno de los siguientes? En caso afirmativo, ¿ quién lo tiene ?

Glaucoma	[ ] No	[ ] Sí	_____
Catarata	[ ] No	[ ] Sí	_____
"Lazy Eye" o desequilibrio muscular	[ ] No	[ ] Sí	_____
Enfermedad de la retina	[ ] No	[ ] Sí	_____
Enfermedad macular	[ ] No	[ ] Sí	_____
Ceguera nocturna	[ ] No	[ ] Sí	_____
Daltonismo	[ ] No	[ ] Sí	_____
Pérdida visual inexplicada	[ ] No	[ ] Sí	_____
Diabetes mellitus	[ ] No	[ ] Sí	_____
Tumor o cáncer	[ ] No	[ ] Sí	_____
Alta presión sanguínea	[ ] No	[ ] Sí	_____
Desorden sangrante	[ ] No	[ ] Sí	_____
Ceguera por cualquier causa	[ ] No	[ ] Sí	_____

Si corresponde, ¿está embarazada? [ ] No [ ] sí \_\_\_\_\_

¿Quién es su doctor primario? \_\_\_\_\_

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

**Firma del paciente :** \_\_\_\_\_