

# HISTORIAL MEDICO

Nombre \_\_\_\_\_  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Guardián (si aplica) \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_  
Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Language \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_  
Ultimo Examen Visual \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ultimo Examen Físico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Med.General \_\_\_\_\_  
Seguro De Vision?  Si  No **Marcó Sí**, nombre de Seguro/Plan \_\_\_\_\_  
Seguro Medico?  Si  No **Marcó Sí**, nombre de Seguro/Plan \_\_\_\_\_  
Tiene Medicare?  Si  No

**Historia Clínica** Anote todos los medicamentos que toma (incluso anticonceptivos orales, aspirina, sin receta, y remedios caseros)

Marque cualquiera de lo siguiente que ha tenido:  degeneración macular  desorden inflamatorio  cataratas  
 estrabismo  queratocono  ambliopía  sospechoso de glaucoma  glaucoma  cirugía  
 degeneración/agujero/desprendimiento de retina  aplicación de parches  lesión al ojo  ninguno

Está usted embarazada y / o amamantando  Si  No

Usted usa lentes?  Si  No **Marcó Sí**, ¿cuántos años tiene con el par actual? \_\_\_\_\_

Usted usa lentes de contacto?  Si  No **Marcó Sí**, ¿qué marca? \_\_\_\_\_

Tipo de lentes de contacto:  Rígido  Suave  Uso Extensivo  Otro Son cómodos?  Si  No

## Historia Familiar

Favor de anotar el historial familiar (padres, abuelos, hermanos, hijos, vivos o fallecidos) de las siguientes condiciones:

Enfermedad/Condición	Si	No	?	Relación
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sospechoso de Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ambliopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Miopía Severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desprendimiento de Retina/ Enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hiperopía Severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Historia Social** – Esta información se mantiene estrictamente confidencial. Sin embargo, usted puede discutir esta porción directamente con la doctora.

Si, Prefiero discutir mi información de la historia social directamente con la doctora.

Usted Conduce?  Si  No **Marcó Sí**, usted tiene dificultad visual al conducir?  Si  No **Marcó Sí**, describa: \_\_\_\_\_

Utiliza productos con tabaco?  Si  No **Marcó Sí**, tipo/cantidad/cuánto tiempo \_\_\_\_\_

E s Usted  Ex Fumador  Fumador Ocasional Actual  Fumador Diario Actual

Usted bebe alcohol?  Si  No **Marcó Sí**, tipo/cantidad/cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Usted utiliza drogas ilegales?  Si  No **Marcó Sí**, tipo/cantidad/cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Revisión de los sistemas** Usted actualmente tiene, o ha tenido problemas en las siguientes áreas:

<b>Ojos</b>	<b>si</b>	<b>no</b>	<b>Sistema Respiratorio</b>	<b>si</b>	<b>no</b>
Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____		
Ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Gastrointestinal</b>		
Lagañas secas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad celiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flotadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo ácido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desenfoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____		
Destellos de luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Genitourinario</b>		
Lagrimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____			ETS- Herpética/Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Síntomas Generales</b>			Enfermedad de la próstata/cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada/Amamantando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____		
Síndrome de Fatiga Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Musculoesquelético</b>		
Otro _____			Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oído, Nariz, Boca, Garganta</b>			Espondilitis Anquilosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boca seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distrofia muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laringitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____			Otro _____		
<b>Neurológico</b>			<b>Sistema Tegumentario</b>		
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes labial/Fuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones Múltiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Zóster/Culebrilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rosácea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____		
Otro _____			<b>Sistema Endocrino</b>		
<b>Psiquiátrico</b>			Diabetes Tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anciedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficit de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____		
Otro _____			<b>Hematológico/Linfático</b>		
<b>Vascular/Cardiovascular</b>			Pérdida de volumen sanguíneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____		
Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Allergico/Inmunologico</b>		
Otro _____			Alergias ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Respiratorio</b>			Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Sjogren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Si usted contestó sí a cualquiera de los anteriores, o tiene una condición que no aparece, por favor explique:**


---



---



---

Firma del Medico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_