

Cuestionario del Historial Médico

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

HISTORIA MÉDICA (personal)

<u>SISTEMATICO</u>	<u>Circule</u>	<u>Explicación</u>
Mal de Sjogren	Sí no	_____
Hipertensión	Sí no	_____
Mal de Válvula Cardíaca	Sí no	_____
Marcapasos	Sí no	_____
Mal arterial coronario	Sí no	_____
Enfisema/asma	Sí no	_____
Mal de Crohn	Sí no	_____
Enfermedad inflamatoria intestinal	Sí no	_____
Artritis Reumatoide	Sí no	_____
Dolores de cabeza	Sí no	_____
Apnea de Sueño	Sí no	_____
Utiliza una máquina de c-pap	Sí no	_____

<u>SISTEMATICO</u>	<u>Circule</u>	<u>Explicación</u>
Latido Irregular	Sí no	_____
Ataque del Corazón	Sí no	¿Cuándo? _____
Infarto	Sí no	¿Cuándo? _____
Esclerosis múltiple	Sí no	_____
Leucemia/linfoma	Sí no	_____
Hepatitis	Sí no	_____
VIH/SIDA	Sí no	_____
Lupus	Sí no	_____
Mal de Tiroide	Sí no	_____
Diabetes	Sí no	¿años? ____ Insulina? S/N

<u>OCULAR</u>	<u>Circule</u>	<u>Explicación</u>
Enfermedad de cornea	Sí no	_____
Ojos perezosos/cruzados	Sí no	_____
Doble visión	Sí no	_____
Cataratas	Sí no	_____
Glaucoma	Sí no	_____
Desprendimiento Retinal	Sí no	_____

<u>OCULAR</u>	<u>Circule</u>	<u>Explicación</u>
Degeneración	Sí no	_____
Neuritis óptica	Sí no	_____
Lesión del ojo	Sí no	_____
¿Usa anteojos?	Sí no	_____
¿Usa lentes de contacto?	Sí no	_____

LISTA DE PROBLEMAS MÉDICOS

HISTORIAL QUIRÚRGICO – (Excluya operaciones del ojo)

<u>Historial Quirúrgico</u>	<u>Fecha</u>	<u>Doctor</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

HISTORIAL QUIRÚRGICO OCULAR – (Operaciones del ojo solamente)

<u>Procedimiento</u>	<u>Fecha de la operación</u>	<u>Doctor</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR (ej.: padre, madre, hermanos, abuelos, tíos, tías, etc.)

<u>SYSTEMIC</u>	<u>Circule</u>	<u>Explique</u>	<u>OCULAR</u>	<u>Circule</u>	<u>Explique</u>
Diabetes	Sí no	_____	Ceguera	Sí no	_____
Enfermedad del corazón	Sí no	_____	Mal Corneal	Sí no	_____
Hipertensión	Sí no	_____	Trasplante corneal	Sí no	_____
Ataque	Sí no	_____	Ojos perezosos/cruzados	Sí no	_____
Cáncer	Sí no	_____	Glaucoma	Sí no	_____
Lupus	Sí no	_____	Cataratas	Sí no	_____
Artritis Reumatoide	Sí no	_____	Desprendimiento retinal	Sí no	_____
Enfermedad de la tiroide	Sí no	_____	Degeneración muscular	Sí no	_____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA SOCIAL

Circule

¿Ud. fuma? Sí no anteriormente
Tipo: _____ Unidades por día: _____ Años de uso: _____ Paquetes al año: _____ Año que dejo de fumar _____
Condición de fumador: todos los días algunas veces ex-fumador estado desconocido nunca
¿Expuesto al humo de tabaco ambiental? Sí no
¿Consumo alcohol? Sí no anteriormente
¿Usa drogas ilegales? Sí no anteriormente
¿Bebe cafeína? Sí no Cantidad por día: _____

ALLERGIES

Circule Explicacion

¿Es alérgico al látex? Sí no _____
Si positivo, ¿Cuál ha sido la reacción? _____
¿Se le ha hecho la prueba para la alergia al látex? Sí no _____
¿Es sensitivo a adhesivos? Sí no _____
¿Tiene reacciones al yodo?
En la piel o vía intravenosa Sí no _____
¿Alguna vez ha sido diagnosticado con infecciones de estafilococo, MRSA, VRSA o C-DIF? Sí no _____

MEDICATION ALLERGIES

<u>Medicamento</u>	<u>Reacción</u>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

MEDICATIONS (nombre y cantidad)

Liste por favor todos los medicamentos que está tomando en este momento

<u>Nombre del medicamento recetado</u>	<u>Dosis (mg)</u>	<u>Frecuencia</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____

<u>Nombre del medicamento sin receta</u>	<u>Dosis (mg)</u>	<u>Frecuencia</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____