

FORMULARIO DE HISTORIA MEDICO

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Historial Medico:

Tiene?

DIABETES: si no

En caso afirmativo, ¿por cuántos años? _____

Más alto de azúcar en sangre en el último mes? _____

Asma: si no

Cualquier problema respiratorio: si no

Presión alta: si no

VIH: si no

Historial de Cancer..... si no

Derrame Cerebral: si no

Tiene cualquier otro problema médico? _____ Ninguno

Historial de ojos:

Tiene alguna enfermedad de los ojos?..... si no

En caso afirmativo, por favor indique los detalles : _____

Cuándo fue su último examen de los ojos? _____

Usted utiliza lentes de contacto?: si no

Usa lentes? si no → si solo son para leer?

Tiene un ojo vago? si no → que ojo? derecho izquierdo ambos

Alguna vez ha sido golpeado en el ojo? si no → que ojo? derecho izquierdo ambos

Ha tenido cirugía ocular antes?.... si no → que ojo? derecho izquierdo ambos

En caso afirmativo, indique los detalles y las fechas:

Ha tenido una cirugía ocular con laser? si no → que ojo? derecho izquierdo ambos

En caso afirmativo, indique los detalles y las fechas:

GOTAS PARA LOS OJOS:..... NINGUNAS

MEDICAMENTOS :..... NINGUNO

ALERGIAS:

Es alérgico a cualquier medicamento:..... si no

En caso afirmativo, indique el nombre de la medicina (s):

FORMULARIO DE HISTORIA MEDICO
(pagina 2)

FAMILY HISTORY:

Alguien de su familia tiene glaucoma?..... **si** **no**

Si si, quien?: _____

Alguien de su familia ciegos?..... **si** **no**

Cualquier enfermedad de los ojos en su familia?.....**si** **no**

En caso afirmativo , explique: _____

Hay alguien en su familia bizco ?..... **si** **no**

Historial Social:

Usted:

Fuma?:..... **si** **no** En caso afirmativo con qué frecuencia?

Bebe? **si** **no** En caso afirmativo con qué frecuencia?

GENERAL MEDICAL QUESTIONS:

Tiene:

Fiebre:.....**si** **no**

Dolor de cabeza frecuentes:**si** **no**

Repentina pérdida de la visión:**si** **no**

Estas embarazada:**si** **no**

Debilidad muscular:**si** **no**

Entumecimiento:**si** **no**

Erupcion:**si** **no**

Antecedentes de herpes cerca de los ojos.**si** **no**

Tos:**si** **no**

Dificultad para respirar:.....**si** **no**

Ha tenido un ataque al corazón:**si** **no**

Historia de la Tuberculosis:.....**si** **no**

Si es así , lo trataron?.....**si** **no**

Dolor de estomago:.....**si** **no**

Diarrhea:.....**si** **no**

Sangre en las heces:.....**si** **no**

Pérdida de peso reciente:**si** **no**

Disminución del apetito reciente:**si** **no**

Dolor al orinar:**si** **no**

Dolor en las articulaciones:**si** **no**

Dolor moscular:**si** **no**

Dolor lumbar:**si** **no**

Firma:



Fecha: _____