

# FAMILY EYE PHYSICIANS

## CUESTIONARIO DE HISTORIA MEDICA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Razón principal para la (primera) la visita de hoy: \_\_\_\_\_

### Paciente Historia de Salud

¿Cuál de las siguientes pertenecen a usted? Por favor, marque "Sí" o "No".

Sí	No		Sí	No	
		Asma			Cabeza o Lesión
		Enfermedad Renal			Convulsiones
		Tuberculosis			Arteritis de la Temporal
		La Diabetes _____ Años?			Enfermedad de Arteria Carótida
		Insulina			¿Está Embarazada
		Las Migrañas			Golpe
		Trastornos Psiquiátricos			VIH
		Nervioso Trastorno			Amplia Confinamiento
		Enfermedad del Corazón			Permanente Defecto o Enfermedad
		Úlcera			Células Falciformes
		Presión Arterial Alta			¿Usted Fuma? # Paquetes por Día

Por favor, una lista de todos los medicamentos que esté tomando:

Anote todos los medicamentos que usted es alérgico a:


### Paciente Ocular Historia

Sí	No		Sí	No	
		Las Cataratas			Córnea Enfermedades
		Retina Enfermedades			Glaucoma
		Ojos Bizcos			Ojo Trastorno o Lesión
		Iritis			Implante de Lente
		Cirugía de Catarata (Círculo) Izquierda o Derecha			Cirugía de la Retina (Círculo) Izquierda o Derecha

### Paciente Quirúrgico Historia

Por favor, cirugías lista, fecha y tipo.


### Historia de la Familia

¿Algún miembro de su familia (pariente de sangre) tenían alguno de los siguientes?

Sí	No	Relación con usted:	Sí	No	Relación con usted:
		Glaucoma			Desprendimiento de Retina
		Las Cataratas			Córnea Enfermedades
		Diabetes			La Degeneración Macular
		Retinosis Pigmentaria			Retinopatía Diabética
		Condiciones del Corazón			Golpe
		Otros Problemas del Ojo (Describir)			
		Otros (Describir)			

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Los Médicos Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_