

Cuestionario De Historia Medica

NOMBRE _____ Fecha De Nacimiento _____

Alergias a Medicamentos: YES NO Cuales _____

Historia ocular y Cirugías

*Cataratas Der Izq Fechas: _____
*Glaucoma Der Izq Fechas: _____
*Laser/Lasek Der Izq Fechas _____
*Macula Der Izq Fechas: _____
*Retina: Der Izq Fechas: _____

Medicamentos de los Ojos

1. _____
2. _____
3. _____

Historia Medica y Cirugía

() Artritis () Diabetes () Presion Alterial () Corazon () Thyroide
() Otro _____
Cirugias: _____

Medicamentos Actuales

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Historial Familiar: () Diabetes () Infarto () Ceguera () Degeneracion Macular () Artritis () Cancer () Tuberculosis
() Cataracta () Enfermedad de la Retina () Corazon () Glaucoma () Presion Alterial
() Otro _____

Fuma: SI NO Toma Alcohol: SI NO Drugas: SI NO

Revison del Sistema- Por Favor Circule

<u>Respiratorio</u>		<u>Sangre</u>		<u>Gastrointestinal</u>		<u>Musculos</u>	
Toz	SI No	Facil Hematomas	SI No	Acides	SI No	Rigides	SI No
Congestion	SI No	Sangramientos de Encia	SI No	Mareos y Vomito	SI No	Artritis	SI No
Silbido	SI No	Sangramiento Prolongado	SI No	Hepatitis	SI No	Dolor Ligamentos	SI No
Asma	SI No	Uso de Aspirina	SI No				

<u>Oido, Naris, Garganta</u>		<u>Urinario</u>		<u>Piel</u>		<u>Cardiovascular</u>	
Dificultad par oir	SI No	Dolor	SI No	Erupcion	SI No	Dolor de Pecho	SI No
Ruido en los oidos	SI No	Sangre	SI No	Lesiones	SI No	Mareos	SI No
Vertigo	SI No	Piedra riñon	SI No	Eczema	SI No	Desmayos	SI No

<u>Psiquiátrico</u>		<u>Neurologico</u>	
Anxiedad/Depresion	SI No	Convulciones	SI No
Cambios de humor	SI No	Devilidad	SI No
Dificultad para Dormir	SI No	Entumecimiento	SI No

Interesado en Lasek SI NO
Interesado en Lentes de Contacto SI NO
Interesado en correction no cirugica SI NO