

CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA
 DEL PACIENTE

IMPORTANTE: Este cuestionario se repasa en todas las citas. Favor de contestar todas las preguntas.

Apellido _____ Nombre _____ Seg. Nom. _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono *cellular* (____) _____ Teléfono en casa (____) _____ *¿Aseguración?* _____
 Fecha de nac. _____ Ocupación _____ Empleador _____
 Contacto en caso de emergencia _____ Teléfono (____) _____
 Fecha del último examen de la vista _____ ¿Dilatado? Sí/No
 Fecha de hoy _____ Remitido por _____

Información médica

¿Cuál es su estado general de salud? _____
 ¿Tiene problemas con alguno de estos sistemas? (Haga un círculo alrededor de sí o no).

| | | | | | |
|------------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| Gastrointestinal | Sí/No | Nervioso | Sí/No | Endocrino (glándulas) | Sí/No |
| Oídos/nariz/garganta | Sí/No | Urinario | Sí/No | Sangre/linfa | Sí/No |
| Cardiovascular | Sí/No | Muscular/óseo | Sí/No | Alérgico/inmunológico | Sí/No |
| Respiratorio | Sí/No | Integumentario (piel) | Sí/No | Dolores de cabeza | Sí/No |
| Presión sanguínea alta | Sí/No | Ojos | Sí/No | Mental | Sí/No |

 Explique _____

Diabetes Sí/No Tipo _____ Fecha del diagnóstico _____
 ¿Alérgico a algún medicamento? Sí/No ¿Cuál? _____ ¿Reacciones? _____
 Otros problemas de salud _____
 Medicamento(s) que toma ahora _____
 Marque aquí si no toma ningún medicamento
 ¿Lo han operado de algo? Sí/No ¿De qué? _____ ¿Cuándo? _____
 Nombre de su médico familiar _____
 Fecha de la última visita _____ Fecha de la última vacuna contra el tétanos _____

Historia clínica familiar

Presión sanguínea alta Sí/No Parentesco _____ Degeneración macular Sí/No Parentesco _____
 Diabetes Sí/No Parentesco _____ Desprendimiento de retina Sí/No Parentesco _____
 Glaucoma Sí/No Parentesco _____ Cataratas Sí/No Parentesco _____

Información personal sobre los ojos

¿Tiene problemas de la vista? Sí/No ¿De qué tipo? _____
 ¿Lo operaron alguna vez de los ojos? Sí/No Tipo _____ Fecha _____
 ¿Tuvo una lesión de los ojos? Sí/No Tipo _____ Fecha _____
 ¿Tiene glaucoma? Sí/No ¿Cataratas? Sí/No ¿Ojos secos? Sí/No
 ¿Degeneración macular? Sí/No ¿Desprendimiento de retina? Sí/No ¿Vista borrosa? Sí/No
 ¿Usa lentes? Sí/No ¿Lentes de contacto? Sí/No Tipo _____

Información adicional _____

Doctor Use Only (Sólo para uso del médico)

Reviewed by (Repasado por) _____ No changes (Sin cambios) Date (Fecha) _____
 Reviewed by (Repasado por) _____ No changes (Sin cambios) Date (Fecha) _____
 Reviewed by (Repasado por) _____ No changes (Sin cambios) Date (Fecha) _____