

CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre: _____ SS# _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Casa: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Doctor Primario: _____ Farmacia: _____

¿Cuál es la razón de hoy para su visita? _____

Historia Ocular Personal

¿Está AHORA experimentando cualquiera de los siguientes? *Por favor, marque todas las que apliquen.*

- Luces Flotadores Lagrimeo Doublé Visión Pérdida de la visión Pérdida de enfoque
 Dolores de cabeza Sensibilidad a la luz Dolor Rojo Ardor Comezón NINGUNA DE LAS ANTERIORES
NINGUNA DE LAS ANTERIORES

En el PASADO, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas? *Por favor marque todas las que correspondan.*

- Glaucoma Cataratas Lesion Cirugía Ojo perezoso Cruzado de ojos Ojo seco Nistagmo
 Relacionada con la edad degeneración macular Trastorno Inflamatorio Agujero Retiniano
 Degeneración de la retina Parches NINGUNA DE LAS ANTERIORES

Historia Social

Cualquier uso de alcohol? Si /No En caso afirmativo: Cantidad _____ Diario Semanal Mensual

Cualquier uso de tabaco? Si /No En caso afirmativo: Cuántos diaria? _____ Fumador Anterior? Si /No

Empleador: _____ Ocupación: _____

Estudiante / Grado: _____ Aficiones: _____

Historia Medica/ Ocular de familia

¿Alguna de estas condicione(s) médicas en su familia? *Por favor, marque todas las que apliquen e identificar miembro de la familia.*

- | | | | | | | |
|--------------|--|---|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Cáncer | Si <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, ¿quién de los siguientes? | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermano <input type="checkbox"/> | Hermana <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | Si <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, ¿quién de los siguientes? | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermano <input type="checkbox"/> | Hermana <input type="checkbox"/> |
| Hipertensión | Si <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, ¿quién de los siguientes? | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermano <input type="checkbox"/> | Hermana <input type="checkbox"/> |
| Tiroides | Si <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, ¿quién de los siguientes? | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermano <input type="checkbox"/> | Hermana <input type="checkbox"/> |

¿Alguno de la condición(s) Ocular en su familia? *Por favor, marque todas las que apliquen e identificar miembro de la familia.*

- | | | | | | | |
|----------------------|--|---|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Cataratas | Si <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, ¿quién de los siguientes? | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermano <input type="checkbox"/> | Hermana <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma | Si <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, ¿quién de los siguientes? | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermano <input type="checkbox"/> | Hermana <input type="checkbox"/> |
| Macular Degeneración | Si <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, ¿quién de los siguientes? | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermano <input type="checkbox"/> | Hermana <input type="checkbox"/> |

General de Salud: Discapacidades del desarrollo
 Fatiga Síndrome Cáncer

Oído, Nariz, Garganta: Pérdida Auditiva Boca seca
 Sinusitis Laringitis

Neurológico: Infarto Tumor Migraña
 Esclerosis Múltiple Parálisis Cerebral Epilepsia

Psicológico: Depresión Déficit de Atención
 Ansiedad Bipolar

Cardiovascular: Alta Presión Carrera /CVA
 Enfermedad del corazón Enfermedad Vasular
 Insuficiencia Cardíaca

Respiratoria: Bronquitis Enfisema Asma
 Apnea del Sueño Fumador Obstrucción crónica

Alérgica / inmunológica: Alergia a Medicamentos
 Lupus Alergia ambiental Artritis Reumatoide
 Sjogren's Síndrome

Gastrointestinal: Reflujo ácido Úlcera Colitis
 Enfermedad de Celíaca Enfermedad de Crohn's

Genitourinario: Embarazada Amamantar Clamidia
 Herpes Enfermedad del Riñón Enfermedad de Próstata

Musculoesqueléticos: Osteoartritis Gota Artritis
 Espondilitis Anquilosante Fibromialgia Osteoporosis
 Distrofia muscular

Tegumento (Piel): Eczema La rosácea Psoriasis
 Úlceras del Herpes Simplex/Calor Zoster/Herpes

Endocrino (hormonal): Diabetes tipo 2 Tiroides
 Diabetes tipo 1 Disfunción hormonal

Sangre / linfático: Colesterol Anemia Úlcera
 Gran pérdida de sangre

NINGUNA DE LAS ANTERIORES

Por favor, indique a continuación cualquier Medicamentos / Los suplementos que usted esté tomando.

Medicamento:

Razón:

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento? Por favor lista:

¿Tiene alguna otra alergia? (ej. el polvo, polen, alimentos, ambrosía,abejas ... etc) por favor indique:

Sensibilidad a Látex? SI / NO