

Cuestionario sobre la historia clínica

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Último examen médico: ____/____/____ Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____

Nombre de la farmacia y ubicación: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____

Último examen de los ojos: _____ Nombre del proveedor de atención de los ojos: _____

____/____/____

Historia médica/de los ojos

Alergias: ☐ Ninguna ☐ Sí: (enumérelas) _____

¿Tuvo alguna vez alguna lesión en los ojos? ☐ No ☐ Sí: (enumérelas) _____

¿Tiene alguna enfermedad en los ojos? Marque todas las opciones que correspondan. ☐ Degeneración macular
☐ Cataratas ☐ Glaucoma ☐ Retinopatía diabética ☐ Síndrome del ojo seco ☐ Otros: (enumérelas) _____

¿Le hicieron alguna vez una cirugía en los ojos? ☐ No ☐ Sí: (enumérelas) _____

¿Usa actualmente algún medicamento para los ojos? ☐ No ☐ Sí: (enumérelas) _____

¿Tiene alguna afección médica? Marque todas las opciones que correspondan. ☐ Diabetes ☐ Presión arterial alta
☐ Enfermedad del corazón ☐ Colesterol alto ☐ Trastorno de tiroides ☐ Enfermedad autoinmunitaria (nombre: _____)

Enumere otras afecciones médicas. _____

Enumere todas sus cirugías mayores: _____

Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre que toma actualmente: (Hay una página adicional disponible si la necesita.)

Medicamento:	Motivo por el que lo toma:	Dosis:	Cantidad/Frecuencia:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Está embarazada o amamantando? ☐ No ☐ Sí

Marque si estuvo expuesto o se infectó con: ☐ Gonorrea ☐ Sífilis ☐ VIH ☐ Hepatitis ☐ TB

¿Usa anteojos? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto hace que usa los anteojos que tiene ahora? _____

¿Usa lentes de contacto? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto hace que usa las lentes que tiene ahora? _____

Tipo de lentes de contacto: ☐ Rígidas ☐ Blandas ☐ De uso prolongado ☐ Otro

Historia médica familiar: (Marque todas las opciones que correspondan a sus parientes consanguíneos y después describa abajo).

☐ Diabetes	☐ Accidente cerebrovascular	☐ Ceguera	☐ Degeneración macular	☐ Artritis
☐ Cáncer	☐ Tuberculosis (TB)	☐ Cataratas	☐ Enfermedad de la retina	☐ Ojo perezoso
☐ Enfermedad del corazón	☐ Enfermedad de los riñones	☐ Glaucoma	☐ Presión arterial alta	Otro: _____

Afección: _____ Relación: _____ Vivo ☐ Fallecido ☐ Edad aproximada: _____

Afección: _____ Relación: _____ Vivo ☐ Fallecido ☐ Edad aproximada: _____

Afección: _____ Relación: _____ Vivo ☐ Fallecido ☐ Edad aproximada: _____

Dé vuelta este formulario y complete el lado dos.

Historia social:

Condición de fumador: (Marque una opción) ☐ Actualmente fumo todos los días ☐ Actualmente fumo algunos días
☐ Exfumador ☐ Nunca fumé ☐ Fumador de condición actual desconocida
☐ Se desconoce si fumó alguna vez

Si es fumador: ¿Cuánto fuma? _____ ¿Desde cuándo? _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____

Consumo de alcohol: ☐ No ☐ Sí: ¿Tipo? _____ ¿Qué cantidad? _____

Drogas: ☐ No ☐ Sí: ¿Tipo? _____ ¿Qué cantidad? _____ ¿Desde cuándo? _____ ¿Cuándo dejó? _____

Revisión de los sistemas: si responde "Sí" a alguna pregunta, escriba sus comentarios en el espacio de abajo.

<u>Vista</u>		<u>Sistema respiratorio</u>		<u>Sangre/Ganglios linfáticos</u>	
Cirugía previa	☐ Sí ☐ No	Tos	☐ Sí ☐ No	Formación de	☐ Sí ☐ No
Uso de lentes de contacto	☐ Sí ☐ No	Congestión	☐ Sí ☐ No	hematomas con	
Dolor	☐ Sí ☐ No	Sibilancia	☐ Sí ☐ No	facilidad	
Visión doble	☐ Sí ☐ No	Asma	☐ Sí ☐ No	Encías que sangran con	☐ Sí ☐ No
Glaucoma	☐ Sí ☐ No			facilidad	
Cataratas	☐ Sí ☐ No	<u>Sistema digestivo</u>		Sangrado prolongado	☐ Sí ☐ No
Degeneración macular	☐ Sí ☐ No	Acidez	☐ Sí ☐ No	Consumo excesivo de	☐ Sí ☐ No
Ojos secos	☐ Sí ☐ No	Náuseas/Vómitos	☐ Sí ☐ No	aspirina	
Destellos	☐ Sí ☐ No	Ictericia/Hepatitis	☐ Sí ☐ No		
Cuerpos flotantes	☐ Sí ☐ No			<u>Aparato locomotor</u>	
<u>Nariz, garganta y oídos</u>		<u>Aparato genitourinario</u>		Rigidez	☐ Sí ☐ No
Problemas de audición	☐ Sí ☐ No	Dolor/Dificultad al orinar	☐ Sí ☐ No	Artritis	☐ Sí ☐ No
Zumbido en los oídos	☐ Sí ☐ No	Sangre en orina	☐ Sí ☐ No	Dolor/Hinchazón en las	☐ Sí ☐ No
Vértigo	☐ Sí ☐ No	Historia de cálculos en los	☐ Sí ☐ No	articulaciones	
		riñones			
<u>Sistema cardiovascular</u>		Historia de ETS	☐ Sí ☐ No	<u>Piel</u>	
Dolor en el pecho	☐ Sí ☐ No			Sarpullido/Úlceras	☐ Sí ☐ No
Desmayos	☐ Sí ☐ No	<u>Aspecto psiquiátrico</u>		Lesiones	☐ Sí ☐ No
Mareos	☐ Sí ☐ No	Ansiedad/Depresión	☐ Sí ☐ No	Urticaria/Eccema	☐ Sí ☐ No
Dificultad para respirar	☐ Sí ☐ No	Cambios en el estado de	☐ Sí ☐ No		
Latidos irregulares	☐ Sí ☐ No	ánimo		<u>Sistema neurológico</u>	
Dificultad cuando está	☐ Sí ☐ No	Problemas para dormir	☐ Sí ☐ No	Convulsiones	☐ Sí ☐ No
acostado				Debilidad/Parálisis	☐ Sí ☐ No
<u>General</u>		<u>Sistema endocrino</u>		Entumecimiento	☐ Sí ☐ No
Fatiga/Debilidad	☐ Sí ☐ No	Sed en exceso	☐ Sí ☐ No	Temblores	☐ Sí ☐ No
Fiebre	☐ Sí ☐ No	Hambre en exceso	☐ Sí ☐ No	Dolor de cabeza	☐ Sí ☐ No
Aumento/Pérdida de peso	☐ Sí ☐ No	Orina en exceso	☐ Sí ☐ No		
Dolor en las mandíbulas al	☐ Sí ☐ No	Sudoración en exceso	☐ Sí ☐ No	<u>Sistema inmunitario</u>	
masticar		Cambios en las uñas	☐ Sí ☐ No	Urticaria	☐ Sí ☐ No
Sensibilidad en el cuero	☐ Sí ☐ No			Picazón	☐ Sí ☐ No
cabelludo				Goteo nasal	☐ Sí ☐ No
				Presión en los senos	☐ Sí ☐ No
				nasales	
				Inmunodepresión	☐ Sí ☐ No

V1.5

Explicaciones:

Firma del médico

Fecha de revisión