

Central Washington Eye Clinic

Cuestionario de Salud Medica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Es alérgico o sensible a algún medicamento? No _____ Si _____

En caso afirmativo, enumerar y explicar: _____

Indique todos los medicamentos que toma actualmente (incluyendo gotas para los ojos, anticonceptivos, orales, ácido acetilsalicílico, más de los medicamentos y remedios caseros): _____

Enumerar todas las lesiones importantes, cirugías y hospitalizaciones: _____

Enumerar cualquiera de los siguientes usted ha tenido: ojos cruzados, ojo vago(s), caídos los párpados, ojos prominentes, glaucoma, enfermedades de la retina, cataratas, infección(s) o lesión ocular del ojo: _____

¿Está embarazada o amamantando? No _____ Si _____

¿Usas lentes? No _____ Si _____ En caso afirmativo, ¿qué edad tienen sus lentes actuales? _____

¿Usas lentes de contacto? No _____ Si _____ En caso afirmativo, ¿qué edad tienen sus contactos actuales? _____

Lo tyoe de lentes de contacto? Rígida _____ Suave _____ El desgaste extendido _____ Otra _____

Son sus lentes de contacto cómodo? No _____ Si _____

HISTORIA FAMILIAR

Por favor, tenga en cuenta ninguna historia familiar de las siguientes condiciones:

Enfermedad/Condición	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo
Catarata	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Degeneración macular	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Desprendimiento de Retina	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ceguera	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ojos cruzados	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad del corazón	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Alta presión sanguínea	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad del riñón	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad de tiroides	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Otro _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

HISTORIA SOCIAL

¿Manejas? No _____ Si _____ En caso afirmativo, ¿tiene alguna dificultad visual? No _____ Si _____

En caso afirmativo, explique: _____

¿Utiliza actualmente:

¿Tabaco? No _____ Si _____ Si no, ¿alguna vez? _____ En caso afirmativo, la cantidad y la duración: _____

¿Alcohol? No _____ Sí _____ De vez en cuando _____

¿Drogas ilegales? No _____ Si _____ En caso afirmativo, de qué tipo y por cuánto tiempo: _____

Continúa en la página sobre.

Central Washington Eye Clinic

Cuestionario de Salud Medica

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Tiene usted actualmente o ha tenido alguna vez algún problema en las siguientes áreas:

	No	Si		No	Si
CONSTITUCIONAL			RESPIRATORIO		
Fiebre	_____	_____	Asma	_____	_____
La pérdida de peso/ganancia	_____	_____	Bronquitis crónica	_____	_____
INTEGUMENTARIO (Piel)			COPD/Enfisema	_____	_____
Erupciones/colmenas	_____	_____	VASCULAR/CARDIO		
NEUROLÓGICO			Enfermedad del corazón	_____	_____
Los dolores de cabeza	_____	_____	Alta presión sanguínea	_____	_____
Las migrañas	_____	_____	Colesterol alto	_____	_____
Convulsiones	_____	_____	GASTROINTESTINAL		
OJOS			Diarrea	_____	_____
Pérdida de la visión	_____	_____	Estreñimiento	_____	_____
Visión borrosa	_____	_____	GENITOURINARIAS		
Visión distorsionada	_____	_____	Problemas genitales	_____	_____
Deslumbramiento	_____	_____	Riñón	_____	_____
La pérdida de periférico	_____	_____	Vejiga	_____	_____
Visión doble	_____	_____	MUSCULOSKELETAL		
Ojos secos	_____	_____	Artritis	_____	_____
Mucosa	_____	_____	Artritis reumatoide	_____	_____
Rojez	_____	_____	Dolor muscular	_____	_____
Comezón	_____	_____	Dolor en las articulaciones	_____	_____
Ardor en los ojos	_____	_____	LINFÁTICA/HEMATOLÓGICA		
Lagrimo	_____	_____	Anemia	_____	_____
Sensibilidad	_____	_____	Problemas de sangrado	_____	_____
A la luz dolor	_____	_____	SISTEMA INMUNE		
infección ocular/tapa	_____	_____	Cáncer	_____	_____
Orzuelos	_____	_____	PSIQUIÁTRICO		
Destellos de luz	_____	_____	Depresión	_____	_____
flotadores	_____	_____	Otro _____	_____	_____
Ojos cansados	_____	_____			
ENDOCRINO					
Tiroides	_____	_____			
Diabetes	_____	_____			
Otras glándulas	_____	_____			
OREJA, NARIZ & GARGANTA					
Alergias	_____	_____			
Nariz que moquea	_____	_____			
Congestión nasal	_____	_____			
Sequedad en la boca	_____	_____			
Tos crónica	_____	_____			
Goteo postnasal	_____	_____			
ALERGIAS					
Anafilaxia	_____	_____			

Si su han respondido afirmativamente a alguna de estas condiciones o tiene una condición que no figuran detalle a continuación:

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Historial médico es revisado y firmado encendido en la historia clínica electrónica del paciente.