

CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Fecha de Hoy: _____

IMPORTANTANTE: Este cuestionario se repasar en todas las cita. Favor de contesar todas las preguntas

Información del paciente

Apellido _____ Nombre _____ Seg. Nom. _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número Celular: _____ Teléfono en casa _____
Correo electronico: _____
Fecha de nac. _____ Ocupación _____ Empleador _____
Contacto en caso de emergencia _____ Teléfono _____
Fecha del ulrimo examen de la vista _____ ¿Dilatado? Sí / No Remitido por _____

Información médica

¿Cuál es su estado general de salud? _____
¿Toene 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/lifna 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 diagnótico _____
¿Alérgico a algún medicamento? Sí / No. ¿Cuál? _____ ¿Reacciones? _____
Otros probelmas de salud _____
Medicamento(s) que toma abora _____
¿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 conta 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 medico)

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) _____