

Cuestionario Historial Del Paciente

Fecha de hoy _____

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

Apellido _____ Nombre _____ Seg. Nom _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____
Telefono en el trabajo (____) _____ Telefono en casa (____) _____ No. del Seg. Soc. _____
Fecha de nac. _____ Ocupacion _____ Empleador _____
Contacto en caso de emergencia _____ Telefono (____) _____
Fecha del ultimo examen de la vista _____ E-mail Address: _____
Referido Por _____

Infomacion medica

?Cual es su estado general de salud? _____

?Tiene problemas con alguno de estos sistemas? (**Haga un circulo alrededor de si o no**).

Gastrointestinal	Si/No	Nervioso	Si/No	Endocrino (glandulas)	Si/No
Oido/nariz/garganta	Si/No	Urinario	Si/No	Sangre/Anemia	Si/No
Cardiovascular	Si/No	Muscular/Hueso	Si/No	Alergico/inmunologico	Si/No
Respiratorio	Si/No	Integumentario (piel)	Si/No	Dolores de cabeza	Si/No
Presion sanguinea alta	Si/No	Ojos	Si/No	Mental	Si/No

Explique _____

Diabetes Si/No Tipo _____ Fecha del diagnostico _____

?Alergico a algun medicamento? Si/No ?Cual? _____ ?Reacciones? _____

Otros problemas de salud _____

Medicamento(s) que toma ahora _____ Marque aqui si no toma ningun medicamento

?Lo han operado de algo? Si/No ?De que? _____ ?Cuando? _____

Nombre de su medico familiar _____

Fecha de la ultima vista _____ Fecha de la ultima vacuna contra el tetanos _____

?Fuma Usted? Si/No ?Toma Usted Bebidas alcoholicas? Si/No Usa Usted otras sustancias controladas? _____

Historia clinica familiar

Presion sanguinea alta Si/No Parentesco _____ Degeneracion macular Si/No Parentesco _____

Diabetes Si/No Parentesco _____ Desprendimiento de retina Si/No Parentesco _____

Glaucoma Si/No Parentesco _____ Cataratas Si/No Parentesco _____

Informacion personal sobre los ojos

?Tiene problemas de la vista? Si/No ?De que tipo? _____

?Lo operaron alguna vez de los ojos? Si/No Tipo _____ Fecha _____

?Ha Tenido una lesion de los ojos? Si/No Tipo _____ Fecha _____

?Tiene glaucoma? Si/No ?Cataratas? Si/No ?Ojos secos? Si/No

?Degeneracion macular? Si/No ?Desprendimiento de retina? Si/No ?Vista borrosa? Si/No

?Usa lentes? Si/No ?Lentes de contacto? Si/No Tipo _____

Informacion adicional _____

Por medio de este documento autorizo que se cobre a la aseguranza:

Firma _____ Fecha _____

Doctor Use Only (Solo 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) _____

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