

# Cuestionario de Historia Médica

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Día Año

Seguridad Social: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Otro # de Identificación \_\_\_\_\_

Previo Oculista: \_\_\_\_\_

Previo examen de Ojos: \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Año

Médico actual: \_\_\_\_\_

Previo examen Médico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Año

## Historia Médica

¿Tiene usted alergia a algún medicamento?  Sí  No Si sí, explica: \_\_\_\_\_

Liste cualquier medicamento que usted toma (incluye anticonceptivos orales, aspirina, medicamentos sin receta, y otros remedios):  
\_\_\_\_\_

Liste todas las heridas mayores, cirugías y/o hospitalizaciones que usted haya tenido: \_\_\_\_\_

Marque cualquiera de los siguientes que ha tenido:  **Dificultad en Leer**  **Ojos Cruzados**  **Ojo Perezoso**  **Glaucoma**  
 **Enfermedad Retinal**  **Cataratas**  **Herida del Ojo**

¿Usted está encinta y/o amamando?  Sí  No  Incierto

¿Usa usted lentes?  Sí  No ¿Si sí, cuánto tiempo ha tenido sus lentes actuales? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos pares de lentes utiliza actualmente? \_\_\_\_\_

¿Usa usted lentes de contacto?  Sí  No ¿Si sí, cuánto tiempo usted ha tenido el par actual de contactos? \_\_\_\_\_

Tipo de lente de contacto:  Rígido  Suave  Uso Prolongado  Otro ¿Son cómodos?  Sí  No

¿Ha tenido cirugía refractiva?  Sí  No

Empleo: ¿Necesita ver detalles finos y cercanos?  Sí  No ¿Necesita lentes de protección en el trabajo?  Sí  No  
¿Está al aire libre siempre o parte del tiempo?  Sí  No

¿Tiene problemas en leer las señas mientras conduce de noche?  Sí  No

Le molesta la Deslumbra de: Luces de techo?  Sí  No Faros Linternas próximas?  Sí  No  
Pantalla de computadora?  Sí  No

¿Es usted sensible a la luz del sol brillante?  Sí  No

¿Qué pasatiempos o deportes recreacionales practica usted? \_\_\_\_\_

## Historia Familiar

¿Ha tenido algún pariente, viviendo o difunto, cualquiera de estas condiciones?

Enfermedad Ocular / Condición	Sí	No	Incierto	Relación A Usted
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos Cruzados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración Maculara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Separación/Enfermedad Retinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad / Condición Sistémica				
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## Historia Social Esta información se mantiene estrictamente confidencial. Sin embargo, usted puede discutir esta porción directamente con el médico si usted prefere.

Sí, preferiría discutir mi información de Historia Social directamente con mi médico. (Marque la caja)

¿Maneja usted?  Sí  No      ¿Si sí, tiene usted dificultad visual al manejar?  Sí  No      Si sí, describa por favor: \_\_\_\_\_

¿Utiliza tabaco?  Sí  No      Si sí, el tipo/cantidad/por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_  
 ¿Toma usted alcohol?  Sí  No      Si sí, el tipo/cantidad/por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_  
 ¿Utiliza drogas recreativas?  Sí  No      Si sí, el tipo/cantidad/por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha sido expuesto alguna vez a o infectado con:  Gonorrea  Hepatitis  VIH  Sífilis  Nunca/Ninguno.

## Repaso de Sistemas ¿Tiene actualmente, o alguna vez ha tenido algún problema en las siguientes áreas?

Sistema	Sí	No	Incierto	Sistema	Sí	No	Incierto
<b>Cáncer</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Orejas, Nariz, Boca, Garganta</b>			
<b>Constitucional</b>				Alergias/polinosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre, ganancia o pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Piel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz líquida/renitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neurológico</b>				Gota anuncia-nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Garganta/boca seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Respiratorio</b>			
<b>Ojos</b>				Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión retorcida/aureolas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de visión de lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Vascular/Cardiovascular</b>			
Diplopía/visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descarga mucosa/lagañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rojez/enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentimiento arenoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herida/derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Gastrointestinal</b>			
Arde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentimiento rasguñado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lágrimas excesivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Genitourinario</b>			
Deslumbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales/riñon/vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Huesos/Coyunturas/Músculos</b>			
Infección crónica de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pocilga/orzuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de músculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destellos/flotantes en visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de coyuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Linfático/Hematologic</b>			
<b>Endocrino</b>				Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides/otras glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desangramiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psiquiátrico</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Alérgico/Inmunológico</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA** (Comentarios de doctor):

---



---



---



---

He revisado esta historia con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del doctor/Fecha