

HISTORIAL MEDICO PARA PACIENTES NUEVOS

Quien es su medico general?

Nombre _____

Direccion _____

Quien es su coontancto de referencia?

Nombre _____

Direccion _____

Historial Clinico de los Ojos

Ha tenido heridas o lastimaduras en los ojos en el pasado?

Si

No

Necesitó de tratamiento?

Si

No

Perdio vista a consecuencia de la herida?

Si

No

Por favor, describa la herida: _____

Fue diagnosticado con problemas de los ojos en su infancia or niñez como “ojo flojo” (ambliopia), ojos cruzados (estrabismo), retinopatía por nacimiento prematuro, o culaquier poblema de ojos que haya sido heredado?

Si

No

Este problema necesito de tratamiento?

Si

No

Describe el problema y el tratameinto: _____

Existen enfermedades de los ojos en mimbros de su familia (como glaucoma, degeneracion de la macula, o otras condiciones hereditarias)?

Si

No

Favor de nombrarlas: _____

Usa lentes or pupilentes?

Si

No

Los ha usado en el pasado?

Si

No

Que condiciones medicas de ojos tiene actualmente (como catarata, glaucoma, degeneracion de la macula, enfermedad de ojo diabetico). Favor de nombrar el año cuando fue diagnosticado, si sabe.

Nombre de condicion

Año diagnosticado

(SIGA EL PROXIMO PAGINA)

Anota abajo cirugias oftalmologia o tratamientos de LASER que ha tenido. Da el nombre de el cirugano y ano hecho. (Por ejemplo, cirugia de cataratas, glaucoma or tratmiento con LASER por diabetes.)

Clase de cirugia	Medico	Ano operado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia Clinica General:

Anota abajo los condiciones medicos que tiene (como diabetes, alta precision y otros) con el ano diagnosticado y el medico quien trata la problema.

Ningun

Nombre de condicion	Medico	Ano diagnosticado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si tiene diabetes,

Cuando fuera diagnosticado?		
Toma insulina?	Si	No
Es dificil para controlar la glucosa (azucar)?	Si	No
Ha causado dano el diabetes a los rinones, corazon o los pies?	Si	No
Alguna vez, fuera diagnosticado con la enfermedad de Graves o otras problemas con el tiroides?	Si	No
Ha tenido un derrame cerebral?	Si	No
Perdio vista como una consecuencia?	Si	No
Le afecto el movimiento de los ojos?	Si	No
Alguna vez fuera diagnosticado con esclerosis multiple or neuritis optical?	Si	No
Alguna vez, fuera diagnosticado con miastenia grave?	Si	No
Alguna vez, fuera diagnosticado con problemas autoinmunicas como Lupus, enfermedad de Sjogren, arteritis reumatoides, el syndrome Reiter, la enfermedad de Behcet o spondilitis anquiloso?	Si	No

Apunto los hospitalizaciones abajo (con el ano y el razon):

Apunto sus medicamentos:

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Por favor, apunto los cirugias (otra de en los ojos):

Clase de cirugia	Medico	Ano operado
------------------	--------	-------------

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Describe sus alergias y otras reacciones a medicamentos abajo.

HISTORIA SOCIAL Y FAMILIAR

Por favor, apunto abajo las enfermedades que vienen en su familia (como caner, diabetes):

Miembro de la familia	Nombre de condicion o causa de muerte
-----------------------	---------------------------------------

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Toma/tomaba Ud. Bebidas acoolicos? Quanto: _____

Fuma/fumaba Ud.? Quanto: _____

Usa drogas? Que clase y quanto: _____

Viva solo con la familia acilo de ancianos otro _____

Es casado solo envuidado divorciado

En que trabaja Ud.? _____

Quien es su empresario? _____

(SIGA EL PROXIMO PAGINA)

REVISION DE APARATOS Y SISTEMAS: Por favor, tacha todos siguientes que le applique**GENERAL**

- Salud normal ultimamente
- Cambios de peso
- Disminucion de apetito
- Fiebre o sudores durante la noche
- Fatiga, debilidd or caer
- Obesidad

ALLERGIA/INMUNOLOGIA N/A

Historia de reaccion alergico o adverso a:

- Penisulina o otros antibioticos
- Morfina, Demerol o otros narcoticos
- Novocaina o otros anesteticos
- Aspirina o otros analgesios
- Antitoxina tetano o otros sericos
- Yodo, mertiolate o otros antisepticos
- Otros medicamentos: _____

Conocido alergias a comida: _____

Alergias ambiente: _____

CARDIOVASCULAR N/A

- Problemas con el corazon o dolor del pecho
- Palpitaciones
- Falta de respiracion con caminar
- Falta de respiracion en reposo
- Tobillo o pies hinchado

OTORRINOLARINGOLOGIA N/A

- Falta de oido o tumbido
- Dolor o secrecion de oido
- Problemas cronicas del seno
- Sangrado por nariz
- Ulceras de la boca
- Dolor de la garganta o cambios de la voz

ENDOCRINO N/A

- Problemas hormonas con las glandulas
- Enfermedad de tiroides
- Intolerancia de calor o frio
- Colesterol alta
- Diabetes
- Excesivo sed o orinacion

GASTROINTESTINAL N/A

- Cambios de evacuacion
- Nausea o vomitar
- Diarrea frecuente
- Dolor con evacuar o estrenimiento
- Sangrado por recto o en el excremento
- Dolor del estomago
- Ulceras en el estomago

GENITOURINARY N/A

- Frecuente orinar durante la noche
- Dolor o ardor con orinar
- Sangre en la orina
- Incontinencia de orina
- Escaras o secrecion
- Piedras de rinones
- Dificultades sexual
- Varon – dolor de o bolitas en los testiculos

Other _____

- Varon – secrecion de o escaras en el pene
- Hembra – la regal dolorosa o irregular
- Hembra – examen de Papanicolau abnormal
- Hembra – secrecion vaginal

Hembra – numero de los embarazos _____

Hembra – numero de los abortos natural: _____

Hembra – fecha de la ultima prueba del cancer. _____

HEMATOLOGIA/LINFATICO N/A

- Despacio curacion despues de cortados
- Problemas con sangrar or hacerce morotones
- Anemia
- Coagulos
- Transfucion de sangre
- Glandulas agrandados

INTEGUMENTARIA N/A

- Erupcion o picazon de la piel
- Cambios en color de la piel
- Cambios en el pelo o las unas
- Venas varicosas
- Bolitas o dolor en los senos
- Historia de mamograma abnormal

MUSCULOESQUELETICO N/A

- Dolores de los articulaciones
- Articulaciones hinchado o tieso
- Deblilidad de los musculos o articulos
- Dolor o calambres en los musculos
- Dolor de la espalda
- Dificultad con caminar
- Hitoria de fracturas esqueleticos

NEUROLOGIA N/A

- Dolores de la cabeza frecuentes
- Siente mareos a veces
- Convusiones/Ataques
- Hormigueo
- Temblores
- Paralisis
- Derrame de cerebro o embolio
- Herida de la cabez

OCULAR N/A

- Enfermedades o heridas a los ojos
- Usa lentes o contactos
- Vista doble o nublado
- Glaucoma o cataratas

PSIQUIATRICO N/A

- Perdida de la memoria o confusion
- Nervioso o ansioso
- Se procupe sobre su trabajo, dinero, familia
- Depresion, llorar frecuente o se disgusta por nada
- Dificultad con dormir

PULMONARIA N/A

- Tos cronica
- Exposicion a tuberculosis
- Salido sangre cuando tose
- Falta de aire
- Asma o chilidos en el pecho

Reviewed by: _____ M.D.

Date: ____/____/____