

Cuestionario de Historia Medica



2602 N Cherokee Rd
Garden City, KS 67846

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Último Oculista: _____

Último examen de ojos: _____

Medico Actual: _____

Último examen Médico: _____

Tiene alergia a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No ☐ sí, explique la reacción y el medicamento: _____

Anote cualquier medicamento que usted tome incluyendo la dosis y frecuencia (incluya anticonceptivos, aspirina, medicamentos sin receta, y otros remedios caseros): _____

Anote todas las lesiones importantes, cirugías y/o hospitalizaciones que usted haya tenido: _____

Revisio de Sistema

Estatura _____ Peso _____

Tiene actualmente, o alguna vez ha tenido algún problema en las siguientes áreas?

Sí No Inseguro/a

Constitucional

Fiebre, cambio de peso en ☐ ☐ ☐
Exceso

Cardiovascular

Problemas del corazón ☐ ☐ ☐
Alta Presión ☐ ☐ ☐
Colesterol Alto ☐ ☐ ☐

Orejas, Nariz, Boca, Garganta

Alergias/Polinosis ☐ ☐ ☐
Sinusitis (frecuente) ☐ ☐ ☐
Garganta/boca seca ☐ ☐ ☐
Pérdida de la audición ☐ ☐ ☐

Respiratorio

Asma ☐ ☐ ☐
Bronquitis Crónica ☐ ☐ ☐
Tos Crónica ☐ ☐ ☐
Enfisema ☐ ☐ ☐
EPOC ☐ ☐ ☐
Apnea del sueño ☐ ☐ ☐

Gastrointestinal

Diarrea/Estreñimiento ☐ ☐ ☐

Genitourinario

Genitales/riñón/vesícula ☐ ☐ ☐

Huesos/Coyunturas/Músculos

Dolor de músculo ☐ ☐ ☐
Dolor de coyuntura ☐ ☐ ☐

Desorden de la Piel

Cáncer de la Piel ☐ ☐ ☐
Eczema ☐ ☐ ☐

Neurológico

Dolores de cabeza ☐ ☐ ☐
Migrañas ☐ ☐ ☐
Convulsiones ☐ ☐ ☐
Ataques ☐ ☐ ☐

Psiquiátrico

Depresión/Ansiedad ☐ ☐ ☐

Endocrino

Diabetes ☐ ☐ ☐
Dependiente de Insulina ☐ ☐ ☐
No Dependiente de ☐ ☐ ☐
Insulina

Último Hemoglobina A1C _____ Fecha: _____

Nivel promedio de azúcar en la sangre _____

Tiroides ☐ ☐ ☐

Linfático/Hematológico

Anemia ☐ ☐ ☐
Desangramiento ☐ ☐ ☐

Inmunológico

Artritis ☐ ☐ ☐
Lupus ☐ ☐ ☐
Trasplante de Órganos ☐ ☐ ☐

Cáncer

Tipo: _____

Tratamiento: _____ Año del diagnóstico _____

¿Usted está embarazada y/o amamantando? ☐ Sí ☐ No Fecha de Parto: _____

¿En el trabajo: ¿Necesita ver detalles finos y cercanos? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita lentes de protección? ☐ Sí ☐ No

¿Está al aire libre siempre o parte del tiempo? ☐ Sí ☐ No

¿Está en la computadora 4 o más horas al día? ☐ Sí ☐ No

¿Es sensible a: Luz del sol La pantalla de computadora Las luces de carro

¿Cuál pasatiempo o deportes recreativos practica? _____

¿Usa lentes? ☐ Sí ☐ No ¿Si, Cuánto tiempo ha tenido sus lentes actuales? _____

¿Cuántos pares de lentes utiliza actualmente? _____

¿Usa lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No ¿Si, Cuánto tiempo ha tenido el par actual? _____

Tipo de contacto: Suave Rígido Uso Prolongado

¿Cuánto tiempo usa sus contactos cada día? _____

¿Duerme con sus contactos? ☐ Sí ☐ No ¿Si, frecuencia/cuánto tiempo? _____

¿Con qué frecuencia reemplaza sus contactos? _____

¿Qué tipo de solución de contactos utiliza? _____

¿Son los lentes de contacto confortables? ☐ Sí ☐ No

Historia Ocular del Pasado/Presente ¿Tiene actualmente, o alguna vez ha tenido algún problema en las siguientes áreas?

	Sí	No	Inseguro/a
Glaucoma (presión alta en los ojos)	☐	☐	☐
Cataratas	☐	☐	☐
Degeneración Macular	☐	☐	☐
Enfermedad de Retina	☐	☐	☐
Ceguera	☐	☐	☐
Estrabismo	☐	☐	☐
Sequedad	☐	☐	☐
Alguna cirugía de ojos:			
Otro			

Historia Social: Esta información se mantiene estrictamente confidencial. Sin embargo, usted puede hablar de esta porción directamente con el medico si usted prefiere: ☐ Sí, preferiría discutir información directamente con mi médico.

¿Usted maneja? Sí No ¿Si, tiene usted dificultad visual al manejar? Sí No

¿Si, describa por favor:

¿Usa tabaco? Sí No ¿Sí, el tipo/cantidad/por cuánto tiempo:

¿Alguna vez ha fumado? Sí No ¿Sí, fecha qué dejó de fumar:

¿Bebe alcohol? Sí No ¿Sí, el tipo/cantidad/por cuánto tiempo:

¿Usa drogas recreativas? Sí No ¿Sí, el tipo/cantidad/por cuánto tiempo:

¿Ha sido expuesto/a alguna vez o infectado/a con:

Gonorrea	Hepatitis	VIH	Sífilis	Nunca/Ninguno
----------	-----------	-----	---------	---------------

Historia Familiar

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

Enfermedad Ocular/Condición Sistémica	Sí	No	Inseguro/a	Relación A Usted
Ambliopía	☐	☐	☐	
Ceguera	☐	☐	☐	
Cataratas	☐	☐	☐	
Degeneración Macular	☐	☐	☐	
Glaucoma	☐	☐	☐	
Enfermedad de Retina	☐	☐	☐	
Estrabismo	☐	☐	☐	
Artritis	☐	☐	☐	
Cáncer	☐	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	☐	
Enfermedad Endocrina	☐	☐	☐	
Ataques Fulminantes	☐	☐	☐	
Colesterol Alto	☐	☐	☐	
Enfermedad del Corazón	☐	☐	☐	
Alta Presión	☐	☐	☐	

Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente

Como paciente, está en su mejor interés conocer y comprender los beneficios de sus seguros y su responsabilidad de cualquier deducible, co-seguro o co-pagos antes de cualquier visita. No todos los servicios están cubiertos en todos los contratos de seguros. Además, usted debe estar seguro de que su doctor sea proveedor participante de su compañía de seguros. Si su plan de seguro no cubre un servicio o procedimiento, usted es responsable de los cargos. En el caso de que su seguro no sea válido o su cobertura fuera finalizada en el momento de los servicios prestados, usted será el único responsable por la cantidad completa de su visita al consultorio y/o cualquier procedimiento rendido. Además, si su plan de seguro determina un servicio o procedimiento ser "no cubierto", usted será responsable de los cargos completos de tales servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios no pagados rendidos en mi nombre o mis dependientes, incluso las tarifas de los servicios de recolección necesaria.

Firma: Fecha:

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA (Comentarios del doctor)

He revisado este historial con el paciente:

Firma del Doctor/Fecha

Notas: