

# HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Favor de llenar el formulario "Historial del Paciente". Esto le ayudará al doctor a proporcionarle a usted al mejor cuidado relacionado a sus problemas de la vista.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. Su problema principal de la vista \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Alguna enfermedad presente (resfriado, catarro, bronquitis, infecciones, etc...) en los últimos dos meses.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Ha sido tratado alguna vez o en el presente por las siguientes enfermedades (si es así d' las fechas).

Problemas del corazón \_\_\_\_\_ Artritis \_\_\_\_\_

Problemas pulmonares \_\_\_\_\_ Enfermedades del hígado \_\_\_\_\_

Tuberculosis \_\_\_\_\_ Problemas de las coyunturas \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_ Despegamiento del la Retina \_\_\_\_\_

Glaucoma \_\_\_\_\_ Problema de los riñones \_\_\_\_\_

Alta presión arterial \_\_\_\_\_ Tendencia a sangrar \_\_\_\_\_

Si usted contestó que SÍ a alguna de estas enfermedades, por favor explique.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Cirugía previa (incluye cirugía óptica y tratamiento de rayos laser) dé las fecha.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Es alérgico a las aspirinas \_\_\_\_\_ al mercurocromo \_\_\_\_\_ o a la anestesia "local" \_\_\_\_\_

6. Mencione todas las medicinas que está tomando \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE-2

7. Tiene algunas de estas enfermedades?

- Sinusitis     Enfasima     Dolor de espalda  
 Asma     Usa dentaduras     Problemas de la sangre  
 Tos     Dolor de estómago     Dificultad para respirar  
 Sordero     Dolores del pecho     Tiene dolor al orinar  
 Duerme con dos almohadas     Historial de ataques del corazón  
 Extreñimiento Sangre en el excremento     Se levanta por las noches a orinar

Si contestó que SÍ por favor explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Historial de la familia. Mencione cualquier glaucoma, despegamiento de la retina, diabetes, alta presión arterial. Sí ya murieron incluya la edad y causa de la muerte de:

Su Padre \_\_\_\_\_  
Su Madre \_\_\_\_\_  
Hermanos/Hermanas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Por favor conteste las siguientes preguntas:

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Puede ver lo bastante bien para conducir un auto?         | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Puede ver lo bastante bien para conducir en noche?        | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Puede ver lo bastante bien para leer?                     | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Puede ver lo bastante bien para jugar golf?               | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Puede ver lo bastante bien para reconocer a las personas? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Puede ver lo bastante bien para tener pasatiempos?        | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Puede ver lo bastante bien para coser ropa?               | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

10. Su Médico de familia: Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

11. Su Firma \_\_\_\_\_  
Su Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_