



## **Historial Médico**

**Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de su historial médico:**

1. ¿Ha sido tratado alguna vez por cualquier condición médica (por ejemplo la diabetes, alta presión arterial, artritis, etc.)?

Si  No  Por favor explique \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad de los ojos (por ejemplo glaucoma, catarata, desprendimiento de la retina, etc.)?

Si  No  Por favor explique \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido alguna vez cualquier tipo de cirugía?

Si  No  Por favor explique \_\_\_\_\_

4. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez?

Si  No  Por favor explique \_\_\_\_\_

5. ¿Toma alguna clase de medicina?

Si  No  Por favor anótelas \_\_\_\_\_

6. ¿Usa alguna clase de gota para los ojos?

Si  No  Por favor anótelas \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene alergia (reacción mala) a cualquier medicina ?

Si  No  Por favor explique \_\_\_\_\_

## **Historial Medico de su Familia**

¿Su familia tiene enfermedades de los ojos (por ejemplo glaucoma, cataratas, la ceguera, etc.)?

Si  No  Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Su familia tiene otras enfermedades (diabetes, presión alta de la sangre, cáncer)?

Si  No  Por favor explique \_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_



**Historial Médico**

**Tiene en este momento o ha tenido cualquiera de los siguientes problemas:**

	Si	No	Por favor explique:
Fiebre crónica, perdida/ ganancia de peso inesperado, fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de oído/nariz/garganta (por ejemplo pérdida auditiva, garganta adolorida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas respiratorios como asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas urinarios (por ejemplo dolor o incomodidad, sangre en la orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de la piel (por ejemplo manchas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas músculo esqueléticos (por ejemplo dolores en los músculos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas neurológicos (por ejemplo dolores de cabeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas psiquiátricos (por ejemplo depresión, ansiedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Usted fuma? ¿Cuanto fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Bebe alcohol? ¿Cuanto bebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿A tenido transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Usa las drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿A tenido una enfermedad venérea? (Algunas de estas enfermedades pueden afectar los ojos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Firma

Fecha

I have reviewed the patient's medical, family, and social history.

Claudio S. Contreras, M.D.