

CUESTIONARIO MEDICO DEL PACIENTE

PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE

(Completion required at each patient appointment)

Apellido Last Name _____ Nombre First Name _____ MI Middle Initial _____
Dirección Address _____ Unit or Apt. _____
Ciudad City _____ Estado State _____ C.P. Zip _____
Teléfono(Casa) Telephone (H) _____ (Celular)(Cell) _____ Numero de SS SSN - - -
Fecha de nacimiento Date of Birth _____ Ocupación Occupation _____ Empleador Employer _____
Contacto de Emergencia Emergency Contact _____ Teléfono Telephone Number _____
Fecha del último examen ocular Date of last eye exam _____ ¿Le dilataron? Dilated? _____
Fecha Today's Date _____
Email address _____

Medical Information

¿Cómo es su salud general? What is your general health? _____
¿Usted tiene problemas con algunos de estos sistemas? Do you have problems with any of these systems?
(Circule por favor todos que se apliquen) (Please circle all that apply.)
Gastrointestinal Gastrointestinal Si/No Nervioso Nervous Si/No Ojos Eyes Si/No
Oídos/nariz / garganta Ears/Nose/Throat Si/No Genitourinario Genitourinary Si/No Mental Mental Si/No
Cardiovascular cardiovascular Si/No Músculo esquelético Musculoskeletal Si/No Endocrina(glándulas) Endocrine Si/No
Respiratorio Respiratory Si/No Integumentario (piel) Integumentary (skin) Si/No Sangre / linfático Blood/Lymph Si/No
Alérgico / inmunológico Allergic/Immunologic Si/No
Por Favor Explique Please explain _____
Diabetes Diabetes Si/No Tipo Type _____ Fecha de diagnosis Date of Diagnosis: _____
¿Alergias a medicamento(s)? Medication allergy Si/No ¿Qué medicamento(s)? What? _____ ¿Qué sucede? What happens? _____
Otros problemas de salud Other health problems _____
Medicamentos actuales Current medication(s) _____
¿Usted ha tenido operaciones? Have you had any operations? Si/No ¿Qué tipo? Kind? _____ ¿Cuándo? When? _____
Nombre de su médico Name of family doctor _____ Fecha de última visita: Date of last visit _____
Fecha de ultima inyección de tétanos Date of last tetanus shot _____

ANTECEDENTES FAMILIARES FAMILY HISTORY

Alta presión High blood pressure Si/No Relación Relation _____ Degeneración Macular Macular degeneration Si/No Relación Relation _____
Diabetes Diabetes Si/No Relación Relation _____ Desprendimiento de retina Retinal detachment Si/No Relación Relation _____
Glaucoma Glaucoma Si/No Relación Relation _____ Cataratas Cataracts Si/No Relación Relation _____
¿Otra condición ocular? Other eye condition(s) Si/No ¿Qué tipo? What kind? _____ Relación Relation _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL OJO PERSONAL INFORMATION

¿Usted ha tenido alguna operación ocular? Have you had any eye operations? Si/No Tipo Type _____ Fecha Date _____
¿Usted ha tenido una lesión ocular? Have you had an eye injury? Si/No Tipo Type _____ Fecha Date _____
¿Usted tiene glaucoma? Do you have glaucoma? Si/No ¿Cataratas? Cataracts? Si/No
¿Ojos secos? Dry eyes? Si/No ¿Visión borrosa? Blurred vision? Si/No
Degeneración Macular Macular degeneration Si/No Desprendimiento de retina Retinal detachment Si/No
¿Otros problemas oculares? Other eye problems? Si/No ¿Qué tipo? What kind? _____
¿Usted usa anteojos? Do you wear glasses? Si/No Lentes de contacto? Contact lenses? Si/No ¿Qué tipo? What kind? _____
Información adicional Additional information _____