

Historial Médico

Nombre _____ Fecha _____ / _____ / _____
 Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Fecha del último examen de la vista _____ / _____ / _____
 Medicamentos que toma actualmente (Rx y over-the-counter): _____

¿Es **alérgico** a algún medicamento? SI NO

Si lo es, mencione los medicamentos: _____

Mencione sus **principales enfermedades** (glaucoma, diabetes, presión arterial alta, ataques al corazón, etc) o **lesiones** (conmoción cerebral, etc): _____

Mencione las **cirugías** que ha tenido (catarata, apendicectomía, etc.): _____

¿**Actualmente** tiene algún problema en las siguientes áreas? De ser así, proporcione información adicional.

	SI	NO	Información adicional
Ojos (problemas de visión, dolor, lagrimeo, enrojecimiento, etc)			
General / Constitucional (fiebre, golpe de calor, pérdida de peso, aumento de peso, cansancio inusual)			
Oídos, Naríz, Garganta (dificultad para escuchar, nariz congestionada, dolor de oído, tos, sequedad de boca, etc.)			
Cardiovascular (hipertensión arterial, pulso acelerado, etc.)			
Respiratorio (congestión, sibilancias, falta de aliento, etc.)			
Gastrointestinal (malestar estomacal, diarrea, estreñimiento, hernia, úlceras, etc.)			
Genital, Riñón, Vejiga (dolor al orinar, necesidad frecuente de orinar, impotencia, ictericia, etc.)			
Mujeres: ¿Está embarazada o lactando?			
Músculos, Huesos, Articulaciones (dolor en las articulaciones, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, etc.)			
Piel (granos, verrugas, crecimientos, erupciones, etc.)			
Neurológico (entumecimiento, dolor de cabeza, convulsiones, parálisis, etc.)			
Psiquiátrico (ansiedad, depresión, insomnio)			
Sistema endocrino (diabetes, hipotiroidismo, etc.)			
Sangre / Sistema linfático (sangrado, colesterolemia, anemia, problemas relacionados con transfusión de sangre, etc.)			
Alergias / Sistema inmunológico (estornudos, hinchazón, enrojecimiento, picazón, urticaria, lupus, etc.)			

Historial Familiar (Mamá, Papá, Abuelos, Hermanos)

¿Algún miembro de su familia ha tenido estas enfermedades? (Marque todas las que correspondan) SI NO NO SÉ

Ceguera Cataratas Glaucoma Diabetes Enfermedad del corazón

Hipertensión Derrame cerebral Cáncer Artritis Enfermedad de la tiroides

Otra enfermedad hereditaria: _____

Historial Social

¿Su visión limita alguna actividad de su vida diaria? (conducir, leer, hacer deporte, trabajar, etc)? SI NO

¿Alguna vez ha tenido una transfusión sanguínea? SI NO

¿Toma alcohol? SI NO Si es así, ¿cuánto? _____

¿Fuma? SI NO Si es así, ¿cuánto? _____ ¿Durante cuantos años? _____

Firma del médico

Fecha