

**Historia Médica**

Fecha \_\_\_\_\_

El Nombre del paciente \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo: M o F

**El conocimiento de sus medicinas y enfermedades son necesarios para proporcionarle una mejor asistencia médica, por favor complete el siguiente formulario lo mejor posible.**

Medicinas actuales	Medicinas oculares	Endroge Alergias
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Indique por favor la respuesta correcta con respecto a su HISTORIA MEDICA:**

**Usted alguna vez ha demandado ó ha estado involucrado en una demanda en contra de un doctor ú hospital?  Si  No**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Sarpullidos, colmenas, sequedad excesiva</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> La fiebre crónica</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Pérdida inesperada del peso o la granacia</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Fatiga</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Asma, enfisema, problemas pulmonares</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Alergias ambientales (la fiebre de heno, los gatos, los perros, otro)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> La pérdida del oido</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Sinusitis, otros problemas relacionados</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> La presión Alta</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> El colesterol Alto</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Dolor de Pecho, latido del corazón irregular</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> El murmullo de Corazón, prolapse mitral de válvula</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Marcapasos o cirugía abierta de corazón</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Reumática</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Diabetes</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Problemas de Tiroides</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Acidia, el dolor abdominal, la úlcera</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Otros problemas gastrointestinales</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Piedras de Riñon, infecciones de riñon o vesícula</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Epilepsia, otros desórdenes nerviosos</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Los desórdenes sangrientos o coagulos</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Artritis</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Cirugía prostetiza</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Dolores de cabeza</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Entumecimiento, debilidad o parálisis</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> La Depresión o la ansiedad</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> El VIH o las AYUDAS</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepatitis o otras enfermedades transmisibles</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Cualquier otra enfermedad _____</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Usted esta actualmente bajo el cuidado de otro medico?<br/>Nombre _____</p> |
|--|---|---|

**Indique por favor la respuesta correcta con respecto a su LA HISTORIA DE LA FAMILIA:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> La presión Alta</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> El colesterol Alto</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Diabetes</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Problemas de Tiroides</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Glaucoma</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Degeneración macular</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> La ceguera</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Otros problemas de la retina</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> "Ojo perezoso" o amblyopia</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Estrabismo</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Otro _____</p> |
|--|--|--|

**Indique por favor la respuesta correcta con respecto a su LA HISTORIA SOCIAL:**

- |   |  |
|---|--|
| <p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Actualmente fuma _____ paquetes por día</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Dejo de Fumar/hace cuanto tiempo? _____</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Cuantos vasos y cuantos veces usted inqiere alcohol? _____ bebidas cada (circule uno) día / la semana / mes</p> |
|---|--|

**La Firma del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**La Firma del técnico** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Updated _____ Tech Initial _____	Updated _____ Tech Initial _____	Updated _____ Tech Initial _____
Updated _____ Tech Initial _____	Updated _____ Tech Initial _____	Updated _____ Tech Initial _____
Updated _____ Tech Initial _____	Updated _____ Tech Initial _____	Updated _____ Tech Initial _____