



## CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

**IMPORTANTE:** Este cuestionario se repasa en todas las citas. Favor de contestar todas las preguntas.

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Seg. Nom. \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono en el trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono en casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ No. del Seg. Soc. \_\_\_\_\_  
 Fecha de nac. \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
 Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Fecha del último examen de la vista \_\_\_\_\_ ¿Dilatado? Sí/No  
 Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Remitido por \_\_\_\_\_

**Información médica**

¿Cuál es su estado general de salud? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene problemas con alguno de estos sistemas? (Haga un círculo alrededor de sí o no).  

Gastrointestinal	Sí/No	Nervioso	Sí/No	Endocrino (glándulas)	Sí/No
Oídos/nariz/garganta	Sí/No	Urinario	Sí/No	Sangre/linfa	Sí/No
Cardiovascular	Sí/No	Muscular/óseo	Sí/No	Alérgico/inmunológico	Sí/No
Respiratorio	Sí/No	Integumentario (piel)	Sí/No	Dolores de cabeza	Sí/No
Presión sanguínea alta	Sí/No	Ojos	Sí/No	Mental	Sí/No

 Explique \_\_\_\_\_

Diabetes Sí/No Tipo \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_

¿Alérgico a algún medicamento? Sí/No ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Reacciones? \_\_\_\_\_

Otros problemas de salud \_\_\_\_\_

Medicamento(s) que toma ahora \_\_\_\_\_

Marque aquí si no toma ningún medicamento

¿Lo han operado de algo? Sí/No ¿De qué? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Nombre de su médico familiar \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita \_\_\_\_\_ Fecha de la última vacuna contra el tétanos \_\_\_\_\_

**Historia clínica familiar**

Presión sanguínea alta Sí/No Parentesco \_\_\_\_\_ Degeneración macular Sí/No Parentesco \_\_\_\_\_

Diabetes Sí/No Parentesco \_\_\_\_\_ Desprendimiento de retina Sí/No Parentesco \_\_\_\_\_

Glaucoma Sí/No Parentesco \_\_\_\_\_ Cataratas Sí/No Parentesco \_\_\_\_\_

**Información personal sobre los ojos**

¿Tiene problemas de la vista? Sí/No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Lo operaron alguna vez de los ojos? Sí/No Tipo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Tuvo una lesión de los ojos? Sí/No Tipo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Tiene glaucoma? Sí/No ¿Cataratas? Sí/No ¿Ojos secos? Sí/No

¿Degeneración macular? Sí/No ¿Desprendimiento de retina? Sí/No ¿Vista borrosa? Sí/No

¿Usa lentes? Sí/No ¿Lentes de contacto? Sí/No Tipo \_\_\_\_\_

Información adicional \_\_\_\_\_

**Doctor Use Only (Sólo para uso del médico)**

Reviewed by (Repasado por) \_\_\_\_\_  No changes (Sin cambios) Date (Fecha) \_\_\_\_\_

Reviewed by (Repasado por) \_\_\_\_\_  No changes (Sin cambios) Date (Fecha) \_\_\_\_\_

Reviewed by (Repasado por) \_\_\_\_\_  No changes (Sin cambios) Date (Fecha) \_\_\_\_\_