

**DATOS DEMOGRÁFICOS**

# de EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

(Por favor, rellenar con letra de imprenta)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN 2: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL (ZIP): \_\_\_\_\_

NÚM-TELÉFONO: \_\_\_\_\_ NÚM-TELÉFONO (TRABAJO): \_\_\_\_\_

NÚM-CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

MÉTODO DE CONTACTO:  TELÉFONO  CELULAR  CORREO ELECTRÓNICO  
 MENSAJE DE TEXTO

SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ESTADO MARITAL: \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

LENGUAJE PRIMARIO: \_\_\_\_\_ DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? \_\_\_\_\_

SI USTED HA SIDO REFERIDO POR UN DOCTOR, POR FAVOR, SEÑALE SU NOMBRE Y UBICACIÓN:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ UBICACIÓN: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMPLEO**

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL (ZIP): \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_

NÚM-TELÉFONO: \_\_\_\_\_ NÚM-TELÉFONO (TRABAJO): \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**PODER LEGAL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL (ZIP): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

(Por favor, rellenar con letra de imprenta)

**ALERGIAS:****Por favor, traiga a su cita una lista de sus medicamentos actuales con sus respectivas dosis prescritas****Medicamentos**

<b>Lista de Medicamentos</b>	<b>Dosis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Hora-adm-última gota</b>	<b>Fecha</b>

FECHA: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA OCULAR

### ¿Tiene Usted?

	NO	(SÍ) OJO DERECHO	(SÍ) OJO IZQUIERDO	COMENTARIOS
Lentes de distancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lentes de lectura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bifocales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lentes de contacto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Ambliopia-Ojo Vago`	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Pérdida de visión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Visión borrosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Dolor en el ojo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Ojos enrojecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Picazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Secreción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Flotadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Destellos de luz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

### ¿TIENE USTED, HA TENIDO O HA SIDO USTED DIAGNOSTICADO CON?

	NO	(SÍ) OJO DERECHO	(SÍ) OJO IZQUIERDO	COMENTARIOS
Cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Cirugía – Cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enfermedad de la Retina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Degeneración Macular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Cirugía - Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Otra cirugía ocular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Otras enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

**¿DEPENDE USTED DE SERVICIOS DE TRANSPORTE? (DART, CARE RIDE, etc)**

**SÍ**       **NO**

**ESTADO DE VIVIENDA:**      **SÍ**      **NO**

Vive solo           

Vivienda Asistida           

**USO DE ALCOHOL:**

Abstemio       Ocasionalmente       2 al día

Socialmente       1 al día       +2 al día

**USO DE TABACO:**

- Actualmente NO fuma
- Actualmente SÍ fuma
- Actualmente usa Tabaco de otra manera (por ejemplo: mascar, inhalar)

**SU HISTORIA COMO FUMADOR**

(Si es el caso)

PAQUETES POR DÍA

- < 1 paq. al día
- 1 paq. al día
- 2 paqs al día
- 3 paqs al día
- 4 paqs al día
- 4+ paqs al día

DURACIÓN (Fumó)

- por < 5 años
- por 5-10 años
- por 10-15 años
- por 15-20 años
- por 20-25 años
- por > 25 años

DEJÓ DE FUMAR

- Dejó de fumar hace < 1 año
- Dejó de fumar hace 1-5 años
- Dejó de fumar hace 5-10 años
- Dejó de fumar hace 10-15 años
- Dejó de fumar hace 15-20 años
- Dejó de fumar hace > 20 años

**HA RECIBIDO USTED LA VACUNA CONTRA LA GRIPE/INFLUENCIA DURANTE EL PASADO AÑO?**

- No, por motivos personales       Recibida por su propia cuenta
- Recibida por motivo de Cirugía       Recibida en el Hospital       Recibida en el Trabajo
- No, por motivo de alergias       No, por alergia a los huevos



# HISTORIAL MÉDICO GENERAL

	SÍ	OBSERVACIONES
El paciente no tiene ninguna enfermedad o condición médica	<input type="radio"/>	_____
<b><u>CARDIOVASCULAR</u></b>		
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="radio"/>	_____
Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="radio"/>	_____
Colesterol elevado	<input type="radio"/>	_____
Ataques al corazón	<input type="radio"/>	_____
Enfermedad de la válvula cardíaca	<input type="radio"/>	_____
Hipertensión	<input type="radio"/>	_____
Marcapasos	<input type="radio"/>	_____
Otro problema cardiovascular	<input type="radio"/>	_____
<b><u>DERMATOLÓGICO</u></b>		
Formación queiloidea	<input type="radio"/>	_____
Herpes	<input type="radio"/>	_____
Cáncer de la piel	<input type="radio"/>	_____
Otro problema dermatológico	<input type="radio"/>	_____
<b><u>GASTROINTESTINAL</u></b>		
Cáncer de Colon	<input type="radio"/>	_____
Enfermedad de Crohn	<input type="radio"/>	_____
Sangrado gastrointestinal	<input type="radio"/>	_____
Colitis ulcerosa	<input type="radio"/>	_____
Otro problema gastrointestinal	<input type="radio"/>	_____

	SÍ	OBSERVACIONES
--	----	---------------

**GENITOURINARIO**

- |                              |                       |       |
|------------------------------|-----------------------|-------|
| Próstata agrandada           | <input type="radio"/> | _____ |
| Enfermedad del riñón         | <input type="radio"/> | _____ |
| Otro problema genitourinario | <input type="radio"/> | _____ |

**HEMATOLÓGICO**

- |                            |                       |       |
|----------------------------|-----------------------|-------|
| Anemia                     | <input type="radio"/> | _____ |
| Desórdenes de sangrado     | <input type="radio"/> | _____ |
| Coágulos de sangre         | <input type="radio"/> | _____ |
| Leucemia                   | <input type="radio"/> | _____ |
| Célula falciforme          | <input type="radio"/> | _____ |
| Otro problema hematológico | <input type="radio"/> | _____ |

**ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

- |                                |                       |       |
|--------------------------------|-----------------------|-------|
| Hepatitis C                    | <input type="radio"/> | _____ |
| VIH (SIDA)                     | <input type="radio"/> | _____ |
| SARM (MRSA)                    | <input type="radio"/> | _____ |
| Tuberculosis                   | <input type="radio"/> | _____ |
| Otras enfermedades infecciosas | <input type="radio"/> | _____ |

**METABÓLICO/ENDOCRINO**

- |                           |                       |       |
|---------------------------|-----------------------|-------|
| Diabetes, Tipo I          | <input type="radio"/> | _____ |
| Diabetes, Tipo II         | <input type="radio"/> | _____ |
| Enfermedad de la tiroides | <input type="radio"/> | _____ |
| Otro problema endocrino   | <input type="radio"/> | _____ |

**MUSCULOESQUELÉTICO**

- |                                  |                       |       |
|----------------------------------|-----------------------|-------|
| Gota                             | <input type="radio"/> | _____ |
| Osteoartritis                    | <input type="radio"/> | _____ |
| Artritis reumatoide              | <input type="radio"/> | _____ |
| Otro problema musculoesquelético | <input type="radio"/> | _____ |

**NEUROLÓGICO**

- Demencia  \_\_\_\_\_
- Esclerosis múltiple  \_\_\_\_\_
- Convulsiones  \_\_\_\_\_
- Derrames cerebrales  \_\_\_\_\_
- Otro problema neurológico  \_\_\_\_\_

**PULMONARIO**

- Asma  \_\_\_\_\_
- Enfermedad Pulmonar  \_\_\_\_\_
- Obstructiva Crónica \_\_\_\_\_
- Cáncer de pulmón  \_\_\_\_\_
- Sarcoidosis  \_\_\_\_\_
- Apnea del sueño  \_\_\_\_\_
- Otro problema pulmonar  \_\_\_\_\_

**PSIQUIÁTRICO**

- Ansiedad  \_\_\_\_\_
- Bipolaridad  \_\_\_\_\_
- Depresión  \_\_\_\_\_
- Esquizofrenia  \_\_\_\_\_
- Otro problema psiquiátrico  \_\_\_\_\_

**GINECOLÓGICO**

- Cáncer de mama  \_\_\_\_\_
- Cáncer de ovarios/cuello uterino  \_\_\_\_\_
- Otros problemas ginecológicos  \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE CIRUGÍAS

	DETALLES-CIRUGÍAS	FECHA
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____

### HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

	Padre	Madre	Hermanos	COMENTARIOS
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enfermedad del Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Degeneración Macular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Desprendimiento de la Retina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Ceguera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Parkinson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Alzheimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enfermedades desconocidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Otras enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Ningún antecedente médico familiar conocido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____