

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

Lista de Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Hora-adm-última gota	Fecha

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"/>	_____
<u>CARDIOVASCULAR</u>		
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"/>	_____
<u>DERMATOLÓGICO</u>		
Formación queiloidea	<input type="radio"/>	_____
Herpes	<input type="radio"/>	_____
Cáncer de la piel	<input type="radio"/>	_____
Otro problema dermatológico	<input type="radio"/>	_____
<u>GASTROINTESTINAL</u>		
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"/>	_____