

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Historia Médica (marque todo lo que corresponda)**

- |                                       |   |   |   |
|---------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Hepatitis      | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral             | <input type="checkbox"/> Herida Oculares        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Glaucoma       | <input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune        | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón  |
| <input type="checkbox"/> Artritis     | <input type="checkbox"/> VIH Positivo   | <input type="checkbox"/> Degeneración Macular         | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma         | <input type="checkbox"/> Cancer         | <input type="checkbox"/> Estrabismo (Ojos cruzados)   |   |
| <input type="checkbox"/> Catarata     | <input type="checkbox"/> Cirugía Ocular | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de la Retina |   |

Sin Alergias Conocidas      **Alergias a Medicamentos**

**Doctor Medico:** \_\_\_\_\_

**Farmacia Preferida:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_

**Hospitalización Previa o Cirugía** \_\_\_\_\_

**Historial de Salud Familiar**

- Ceguera    Ojos Cruzados    Glaucoma    Cataratas    Desprendimiento de la Retina  
 Degeneración Macular

**Historia Social**

Usted Usa...? **Tabaco**    Si    No   **Alcohol**    Ocasionalmente    Raramente    Nunca

**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:**    Soltero    Casado    Divorciado    Viudo

**Revisión de Sistemas**

Tiene alguno de los siguientes problemas:

	Si	No	<b>Si marco si, explique por favor</b>
Fiebre crónica, subida/perdida de peso, fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de oreja/nariz/garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del corazón (p.ej. dolor de pecho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Respiratorios (p.ej. dificultad para respirar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Gastrointestinales (p.ej. Dolor abdominal, diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Urinarios (p.ej. dolor, sangre en la orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de la Piel (p.ej. sequedad excesiva, Rosácea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas musculoesqueléticos (p.ej. dolores musculares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Neurológicos (p.ej. Entumecimiento, debilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Endocrinos (p.ej. diabetes, tiroides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Psiquiátricos (p.ej. depresión, ansiedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____