

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	Si marco si, explique por favor
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"/>	_____