

NOMBRE (NAME) _____

FECHA DE NACIMIENTO (DATE OF BIRTH) ____/____/____

Sobre Nombre (Nickname) _____

FECHA DE HOY (TODAY'S DATE) _____

¿Cual es la razón de su visita hoy? (What is the reason for your visit?)

Escribir TODAS las medicinas, incluyendo gotas para los ojos, que usted toma (List ALL prescription meds):

¿Tiene alergia a medicamento(s)? (Are you allergic to any medications?) Sí / No

Si tiene alergia, por favor de notar abajo el nombre de la medicina(s) (If yes, please list):

¿Cual farmacia local usa? (What pharmacy do you use?) _____

¿Ha tenido cirugía de los ojos en el pasado? (Have you ever had surgery on your eyes?) Sí / No

¿Si ha tenido cirugía, que tipo de cirugía fue? (If yes, please explain):

Historia médica (Anotar con un círculo lo que ha tenido o tiene) (Personal medical history)

- Problema del sistema nervioso (Nervous system)
- Problema endocrino/tiroides (Endocrine/Thyroid)
- Dolores de cabeza/migraña (Headaches/Migraines)
- Problema con orejas/nariz/garganta (Ear/Nose/Throat)
- Problemas digestivos (Digestive)
- Problemas urinarios/intestinales (Bladder/Intestinal)
- Problemas de sangre/sistema linfático (Blood/Lymph)
- Problemas del corazón/alta presión (Heart/High BP)
- Problemas con el colesterol (Cholesterol)
- Alergias (Allergies)
- Problemas respiratorios/asma (Respiratory/Asthma)
- Problemas con los músculos/sistema esquelético (Musculoskeletal)
- Artritis (Arthritis)
- Diabetes
- Cáncer (Cancer) cual tipo: _____
- Glaucoma
- Degeneración macular (Macular degeneration)
- Otra condición médica (Other): _____

Name _____
MRN _____



Historia médica de familia (Family medical history): ¿Alguien en su familia tiene o ha tenido diabetes, cáncer, glaucoma, or degeneración macular? Sí / No

Si responde "Sí", por favor de explicar:

Historia social (Social History):

•¿Usted fuma? (Do you smoke?) Sí / No ¿Cuantos cigarillos al día? (How many cigarettes daily?) _____

¿En el pasado ha fumado? (Have you ever smoked?) Sí / No ¿Por cuanto tiempo? (How long?) _____

•¿Usted toma bebida alcohólica cada día? (Do you drink alcohol daily?) Sí / No

¿Cuantas bebidas al día? (How many drinks per day?) _____

•¿Cuales son sus pasatiempos? (What are your hobbies?)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Name _____

MRN _____

