

# CUESTIONARIO MEDICO DEL PACIENTE

(Debe ser actualizado en cada visita)



Por favor circule uno: Dr. Sr. Sra. Srta. Numero de SS (del paciente) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Teléfono (casa) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha del ultimo examen ocular \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ¿Le dilataron? Si No  
Dirección de correo electronico \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Nombre del seguro de la visión: VSP MESC EYEMED MEDICARE Otro \_\_\_\_\_  
Nombre (de asegurado) \_\_\_\_\_ #SS (de asegurado) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA

¿Cómo es su salud general? \_\_\_\_\_

¿Usted tiene problemas con algunos de estos sistemas? (Circule por favor todos que se apliquen)

Gastrointestinal	Si	No	Nervioso	Si	No	Ojos	Si	No
Oídos/nariz / garganta	Si	No	Genitourinario	Si	No	Mental	Si	No
Cardiovascular	Si	No	Músculo esquelético	Si	No	Endocrina (glándulas)	Si	No
Respiratorio	Si	No	Integumentario (piel)	Si	No	Sangre / linfático	Si	No
						Alérgico / inmunológico	Si	No

Por Favor Explique \_\_\_\_\_

**Conteste por favor a todo lo que le aplique a usted:**

Diabetes Si No Tipo \_\_\_\_\_ Fecha de diagnosis \_\_\_\_\_  
¿Alergias a medicamento(s)? Si No Que medicamento(s)? \_\_\_\_\_ ¿Qué sucede? \_\_\_\_\_  
¿Sinusitis/alergias estacionales? Si No ¿Dolores de cabeza? Si No  
¿Alta presión? Si No ¿Colesterol? Si No  
Otros problemas de salud \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales** \_\_\_\_\_

¿Usted ha tenido operaciones? Si No ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Usted fuma cigarrillos/tabaco? \_\_\_\_\_ ¿Toma bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_ Otro tipo de sustancia(s) \_\_\_\_\_  
Nombre de su médico \_\_\_\_\_ Fecha de última visita \_\_\_\_\_  
Fecha de ultima inyección de tétanos \_\_\_\_\_ ¿Esta, o podría usted estar embarazada? Si No ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Diabetes	Si	No	Relación _____	Degeneración Macular	Si	No	Relación _____
Alta presión	Si	No	Relación _____	Desprendimiento de retina	Si	No	Relación _____
Glaucoma	Si	No	Relación _____	Cataratas	Si	No	Relación _____
¿Otra condición ocular?	Si	No	¿Qué tipo? _____				Relación _____

## INFORMACIÓN PERSONAL DEL OJO

¿Usted ha tenido alguna operación ocular? Si No Tipo \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_  
¿Usted ha tenido una lesión ocular? Si No Tipo \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_  
¿Usted tiene glaucoma? Si No ¿Cataratas? Si No ¿Ojos secos? Si No ¿Visión borrosa? Si No  
¿Otros problemas oculares? Si No ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_  
¿Usted usa anteojos? Si No ¿Usted usa lentes de contacto? Si No ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia se duerme con sus lentes de contacto? Seguido \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_  
¿A quién podemos agradecer por referirlo? \_\_\_\_\_ De Paso \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

**ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN SOLAMENTE** Iniciales del doctor: \_\_\_\_\_

1) Iniciales del paciente _____ Fecha actualizada _____ Iniciales del doctor _____	2) Iniciales del paciente _____ Fecha actualizada _____ Iniciales del doctor _____	3) Iniciales del paciente _____ Fecha actualizada _____ Iniciales del doctor _____	4) Iniciales del paciente _____ Fecha actualizada _____ Iniciales del doctor _____
--	--	--	--