

Affix Patient Label Here

HISTORIAL MÉDICO



Long Island Eye
Surgical Care, P.C.

Razon de la visita:

Queja principal : (describa brevemente el mayor problema; su doctor obtendrá los detalles adicionales)

¿Usted necesita sus vidrios comprobados o substituidos? SI NO

Lista de enfermedades Importantes (hipertensión,diabetes,enfermedadescardíaca,cancer) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Medicación: Droga Dosis (si usted sabe) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																
Lista de cirugía Importantes o hospitalización Tipo de cirugía Anos <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Alergias (medicación): Droga Tipo de reacción (e.g. rash) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																
<p><i>¿Indique por favor si usted tiene cualesquiera antecedentes familiares del siguiente?</i></p> <table border="1"><thead><tr><th>ANTECEDENTES FAMILIARES</th><th>RELACION</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ceguera</td><td>¿Usted fuma? [Si] [No]</td></tr><tr><td>Glaucoma</td><td>¿Cuántos paquetes por día?</td></tr><tr><td>Cancer</td><td>¿Cuántos años le tienen ahumado?</td></tr><tr><td>Enfermedades Cardiacas</td><td>¿Usted bebe el alcohol? [Si] [No]</td></tr><tr><td>Diabetes</td><td>¿Usted bebe cómo con frecuencia?</td></tr><tr><td>Movimiento</td><td></td></tr><tr><td>Otro desordenes (Lista en la caja de la explicación)</td><td></td></tr></tbody></table>	ANTECEDENTES FAMILIARES	RELACION	Ceguera	¿Usted fuma? [Si] [No]	Glaucoma	¿Cuántos paquetes por día?	Cancer	¿Cuántos años le tienen ahumado?	Enfermedades Cardiacas	¿Usted bebe el alcohol? [Si] [No]	Diabetes	¿Usted bebe cómo con frecuencia?	Movimiento		Otro desordenes (Lista en la caja de la explicación)		HISTORIA SOCIAL
ANTECEDENTES FAMILIARES	RELACION																
Ceguera	¿Usted fuma? [Si] [No]																
Glaucoma	¿Cuántos paquetes por día?																
Cancer	¿Cuántos años le tienen ahumado?																
Enfermedades Cardiacas	¿Usted bebe el alcohol? [Si] [No]																
Diabetes	¿Usted bebe cómo con frecuencia?																
Movimiento																	
Otro desordenes (Lista en la caja de la explicación)																	

Firma Paciente: _____ Fecha: _____

Iniciales de los Tecnicos: _____

REVISIÓN DE SÍNTOMAS Y DE ANTECEDENTES FAMILIARES

*Compruebe por favor cualesquiera simooms o problema aplicables; su médico obtendrá los detalles adicionales en caso de necesidad.
Si usted hace que ningunos problemas en un área específica por favor indiquen comprobando "no" de la caja Explique brevemente cualquier caja comprobada (en caso de necesidad).*

Revisión de Síntomas Oftalmológicos			
OJOS	SI	NO	Detalles
Pérdida de visión			
Visión borrosa			
El fluctuar de visión			
Visión torcido			
Sensibilidad del fulgor o de la luz			
Pérdida de vision lateral			
Visión doble			
Sequedad			
Descarga mucosa			
Rojez			
Sandy o sensación arenosa			
El picar			
Quema			
Sensación del cuerpo extranjero			
Exceso que rasga o que riega			
Dolor de ojo o dolor			
Infección del ojo o del párpado			
Ojos cansados			
Ojos cruzados, ojo perezoso			
Párpado de inclinación			
Otro			
Historial Médico General			
CONDICIÓN	SI	NO	Detalles
GENERAL La fiebre, noche suda, pérdida de peso, fatiga			
OÍDO, NARIZ, sino de la GARGANTA, pérdida de oído, sonando en los oídos, vértigo, otro			
CARDIOVASCULARES, Ataques del corazón.problemas del colesterol, brevedad de la respiración, tensión arterial alta, murmer del corazón, dolores de pecho, palpitaciones, fiebre reumática			
RESPIRATORIO brevedad de la respiración, asma, wheezing, tos, dolor con la respiración, enfisema, otro			
PSIQUIÁTRICO Ansiedad, depresión, insomnio, otro			
GASTROINTESTINAL Colitis, úlceras, sangría rectal, diarrea, náusea, vomitando, otra			
RIÑÓN,VEJIGAS,ÓRGANOSGENITALES Sangre en orina, urination frecuente, urination doloroso, falta renal, diálisis, otra			
MÚSCULOS, EMPALMES, HUESOS Artritis, dolores comunes, fracturas, problemas del disco, otro			
PIEL Cáncer de piel, erupciones, itchiness topas			
NEUROLÓGICO Entumecimiento, el zumbar de brazos o piernas, debilidad, vértigo, paso, balance, coordinación, discurso problemas, pérdida del sentido, puntos ocultos en la visión, dolores de cabeza, jaqueca			
HORMONAL/ ENDOCRINA Ciclo menstrual anormal, diabetes, problemas de la tiroides, problemas pituitarios			
SANGRE Problemas de la sangría, anemia, pérdida de sangre, transfusiones en el pasado, otro			
OTRO			