

# Eye Physicians of Central Florida

Una Division de Florida Pediatric Associates, LLC

Robert S. Gold, MD

David B. Auerbach, DO

Louis C. Blumenfeld, MD

Victor B. Thomas, MD

Jamie L. Ikeda, MD

Linda Z. Kleiman, MD

Larry S. Lewis, OD

Cuestionario de Historial Médico

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier problema nuevo con los ojos desde el ultimo examen: \_\_\_\_\_

Lista de los medicamentos que toma actualmente (con receta y sin receta médica) \_\_\_\_\_

Tiene alguna alergia o reacciones a los medicamentos? No Si (explicar) \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de todas las enfermedades principales desde su ultimo examen? \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de cualquier cirugia que haya tenido desde su ultimo examen? \_\_\_\_\_

Tiene actualmente algún problema en las siguientes areas: \_\_\_\_\_

	Explicación o comentarios	
Condiciones de los ojos o lesiones	Si	No
Condicion generals/ constitucionales	Si	No
Los oídos, la nariz, la garganta	Si	No
Cardiovascular	Si	No
Respiratorio	Si	No
Gastrointestinales	Si	No
Riñón, genitales, la vejiga	Si	No
Músculos, huesos, articulaciones	Si	No
Piel	Si	No
Neurológicas	Si	No
Psiquiátricos	Si	No
Endocrinos	Si	No
Sangre Linfa	Si	No
Alérgias / inmunológico	Si	No

Historia Familiar Explicación o Comentarios

Algún cambio a la historia familiar? Si No \_\_\_\_\_

La historia

Social

Cambios en el empleo? Si No \_\_\_\_\_

Cambios en el estado civil? Si No \_\_\_\_\_

¿Maneja? Si No \_\_\_\_\_

Dificultad con vision para manejar Si No \_\_\_\_\_

Problemas con vision de noche Si No \_\_\_\_\_

¿Toma alcohol? Si No Cuantos tragos por día \_\_\_\_\_

¿Fuma? Si No Paquetes de cigarillo por día \_\_\_\_\_

Firma de paciente o guardian: \_\_\_\_\_

History reviewed:

Physician's signature \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_