

Eye Physicians of Central Florida

Una Division de Florida Pediatric Associates, LLC

Robert S. Gold, MD
Jamie L. Ikeda, MD

David B. Auerbach, DO
Linda Z. Kleiman, MD

Louis C. Blumenfeld, MD
Victor B. Thomas, MD
Larry S. Lewis, OD

Cuestionario de Historial Médico

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Si es menor, Nombre de las Padres: _____

Razon de la visita _____

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

Tiene alguna alergia o reacciones a los medicamentos?

No

Si (explicar)

Porfavor una lista de todas las principales enfermedades (glaucoma, diabetes, presión arterial alta, ataques cardiacos, etc)

o lesiones (conmoción cerebral, lesiones en los ojos, etc.)

Porfavor una lista de cualquier cirugía que haya tenido (catarata, amigdalitis, appendicitis, etc.)

La historia del nacimiento

(si el paciente es menor de edad) _____ Peso al nacer

número de hermanos:

hermano(s) _____

Gestación (Semanas) _____

hermana(s) _____

parto medico: Normal Cesárea

Tiene actualmente algún problema en las siguientes areas:

Condiciones de los ojos o lesiones

Pérdida de la visión

Si

No

Visión borrosa

Si

No

Visión distorsionada

Si

No

Pérdida de visión lateral

Si

No

Visión Doble

Si

No

Sequedad

Si

No

Secreción mucosa

Si

No

Enrojecimiento

Si

No

Sensación de arena o arenosos

Si

No

Picazón

Si

No

Ardor

Si

No

Sensación de cuerpo extraño

Si

No

Exceso de lágrimas / Aguosos

Si

No

Deslumbramiento / sensibilidad a la luz

Si

No

Dolor en los ojos

Si

No

Infección de los ojos o párpados

Si

No

Ojos cansados

Si

No

Estrabismo, ojo vago

Si

No

Caida del párpado

Si

No

Condicion generales/ Constitucionales		
Fiebre	Si	No
Perdida de peso	Si	No
Otros	Si	No
Los oídos, la nariz, la garganta (sinusitis, infección de oído, tos, sequedad de boca, etc.)		
Cardiovascular (corazón, vasos, etc)	Si	No
Respiratorio (asma, enfisema, etc)	Si	No
Gastrointestinales (úlceras de estómago, enfermedades intestinales, etc)	Si	No
Riñón, genitales, la vejiga	Si	No
Músculos, huesos, articulaciones (artritis, etc.)	Si	No
Piel (acné, verrugas, cancer de piel, etc.)	Si	No
Neurológicas (esclerosis múltiple, etc.)	Si	No
Psiquiátricos (ansiedad, depression, insomnio, etc.)	Si	No
Endocrinos (diabetes, tiroides, etc.)	Si	No
Sangre Linfa (colesterol, anemia, etc.)	Si	No
Alérgias / inmunológico (fiebre del heno, lupus, etc.)	Si	No

Historia Familiar M = madre P = padre H = hermanos A = abuelos

Condiciones	Relacion al paciente					
Ceguera	Si	No	M	P	H	A
Ambliopía (ojo vago)	Si	No	M	P	H	A
Estrabismo (ojos cruzados)	Si	No	M	P	H	A
Glaucoma	Si	No	M	P	H	A
Artritis	Si	No	M	P	H	A
Cancer	Si	No	M	P	H	A
Diabetes	Si	No	M	P	H	A
Enfermedad del corazón o presión arterial alta	Si	No	M	P	H	A
Enfermedad del los riñones	Si	No	M	P	H	A
Lupus	Si	No	M	P	H	A
Ataque fulminante	Si	No	M	P	H	A
Enfermedad de la tiroides	Si	No	M	P	H	A
Otras enfermedades	Si	No	M	P	H	A

La historia social

Ocupación actual			
Nivel de educacion (escuela secundaria, escuela vocacional, titulo universitario)			
Estado civil (casado, divorciado, soltero, viudo)			
¿Maneja?	Si	No	
Dificultad con vision para manejar	Si	No	
Problemas con vision de noche	Si	No	
Algura vez has tratado de usar lentes de contacto?	Si	No	
Usted usa lentes de contacto	Si	No	Cuanto tiempo
Usted usa espejuelos	Si	No	Que tiempo lleva usando las gafas
¿Toma alcohol?	Si	No	Cuantos tragos por dia
¿Fuma ?	Si	No	Paquetes de cigarrillo por día
Ha tenido alguna vez una transfusión de sangre?			

Firma de paciente o guardían: _____

History reviewed:

Physician's signature _____ Date: _____