

PATIENT MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

NOMBRE: _____ MR # _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Años: _____ Masculino Hembra Peso: _____ Altura: _____

Historia Ocular pasada: (Marque todos los que correspondan)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ambliopía (ojo vago) | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Hipermetropía (Lejos) | <input type="checkbox"/> Miopía (miope) |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas | <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética | <input type="checkbox"/> Iritis | <input type="checkbox"/> Neuritis óptica |
| <input type="checkbox"/> Astigmatismo | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Queratocono | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina |
| | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | |

Cirugías oculares: (Marque todas las que correspondan)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin cirugía ocular previa | <input type="checkbox"/> Extracción de cuerpo extraño | <input type="checkbox"/> Blefaroplastia (cirugía de la tapa) |
| <input type="checkbox"/> Cirugía láser de retina | <input type="checkbox"/> RK Glaucoma Surgery | <input type="checkbox"/> LASIK (cirugía refractiva) |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de estrabismo | <input type="checkbox"/> Trasplante corneal | <input type="checkbox"/> PRK (cirugía refractiva) |
| | | <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas |
| | | <input type="checkbox"/> Tapones puntuales |

HISTORIA FAMILIAR:

- | | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | <input type="checkbox"/> Ceguera | |

Flu VacDate: _____
 PneumVac Date: _____

¿TIENE HISTORIA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS MÉDICOS?

Circle Y or N & Qué se aplica	Circle Y or N & Qué se aplica	Circle Y or N & Qué se aplica
Y N Artritis / Lupus	Y N Colesterol alto	Y N Oídos / nariz / garganta (boca seca)
Y N Cáncer	Y N Piel: lesiones, lunares	Y N General: es decir, fiebre / pérdida de peso
Y N Diabetes	Y N Insomnio	Y N Migrañas / problemas de memoria
Y N Ataque al corazón	Y N Ansiedad / Depresión	Y N Articulaciones musculares, por ejemplo, hinchazón de las articulaciones / prednisona
Y N Marcapasos / Desfibrilador		Y N Uso de esteroides
Y N Enfermedad del corazón / Murmullo / Latido del corazón irregular	Y N Enfermedad del hígado	Y N Linfa
Y N Alta presión sanguínea	Y N Enfermedad de tiroides	Y N Diluyentes de la sangre / Aspirina / Plavix / Coumadin / Xarelto
Y N Falta de aliento	Y N Problemas de vejiga	Y N Sangre, es decir, anemia / problemas de sangrado
Y N Asma / enfisema	Y N Apnea del sueño	Y N Demencia / Alzheimer
Y N Enfermedad Renal / Piedras	Y N Fibromialgia	OJOS
Y N Accidente cerebrovascular / TIA (mini accidente cerebrovascular)	Y N Hepatitis A B C	Y N Cirugía previa
Y N VIH / SIDA	Y N Herpes	Y N Parpadea
Y N Problemas de sangrado	Y N Vértigo / Dizzy	Y N Lentes de contacto
Y N Reflujo ácido	Y N Epilepsia / convulsiones	Y N Rojes
Y N Enfermedad de Crohn	Y N Temblores	Y N Dolor
Y N Colitis	Y N Parkinson's	Y N Visión doble
		Y N Flotadores
		Y N Desgarro
		Y N Ojos secos
		Y N Lente de contacto implantada

¿Eres alérgico a algún medicamento (incluido el yodo)? o Sí o No En caso afirmativo, enumere medicamentos y reacciones

¿Eres alérgico al látex? Sí No Si es así, por favor enumera la reacción: _____

Historial de procedimientos quirúrgicos (incluida cirugía o tratamiento con láser en los ojos) Sí No (En caso afirmativo, enumere todas las cirugías y fechas) _____

Historia social: (Por favor marque todo lo que corresponda)

De fumar: fumador actual todos los días actual algún día fumador Ex fumador nunca fumó

Uso de alcohol: Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto y con qué frecuencia? _____

El consumo de drogas: Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto y con qué frecuencia? _____

Médico de atención primaria _____ Teléfono #: _____

Farmacia: _____ Ubicación: _____ Teléfono #: _____

Reviewed by Physician

NOMBRE _____ **Acct#** _____ **Fecha** _____

Enumere **TODOS LOS MEDICAMENTOS** que está tomando actualmente, **INCLUYENDO LOS OJOS Y LAS VITAMINAS**

Medicación	Fuerza	Con qué frecuencia	Ruta	Medicación	Fuerza	Con qué frecuencia	Ruta

Firma (paciente / padre / tutor / curador): _____ **Fecha** _____

Si no es paciente, por favor indique la relación: _____

Solo uso de oficina

.....
Reviewed by: _____ Date _____

UPDATES:

- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios
- Revisado por: _____/_____/_____ Fecha: _____ [] Actualizado [] Sin cambios

Patient Label: _____ Date: _____

Patient Name: _____ MR: _____

DOB: _____

El estado de la Florida solicita que los proveedores de servicios médicos documenten la raza y etnicidad del paciente a los efectos de la recopilación de datos. Eye Centers of Florida informa esta información al estado de Florida trimestralmente. El estado de Florida revisa la información recopilada para garantizar que todos los residentes en el estado reciban una atención adecuada y de calidad, y que todas las áreas geográficas cuenten con el mismo servicio que los proveedores médicos.

La información no se compartirá con nadie más que con las personas que tienen derecho a saber y con el Estado de Florida. Si se siente cómodo al proporcionar la información solicitada, complete las preguntas a continuación.

Si elige no proporcionar la información, marque la casilla correspondiente, marque aquí y firme a continuación:

 Elijo no proporcionar esta información

Gracias por ayudarnos a recopilar esta información importante.

Etnicidad: Hispano o latino No hispano / no latino Desconocido**Raza paciente:** Indio Americano Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico Blanco Otro Desconocido

Firma del paciente