

Patient Name: \_\_\_\_\_ Chart #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**FAMILY EYE CARE OF THE CAROLINAS**  
**Patient Medical History Information**

**Que es la razon para la visita del paciente hoy?**

- Referido por Dr. \_\_\_\_\_
- Evaluacion de salud ocular \_\_\_\_\_
- Problema especifico: \_\_\_\_\_

Quien esta presente con el paciente hoy? \_\_\_\_\_ Que es su releacion al paciente? \_\_\_\_\_  
Cundo fue su ultimo examen del paciente? \_\_\_\_\_

**El paciente fue tratado por cual quier de los siguientes? Por favor marquee apropiadamente todos los que apliquen. Explique mas como sea necesario en el lugar proveado.**

- Si  No General/Constitucional (Perdida de peso, fiebre, apetito, otro) \_\_\_\_\_
- Si  No Oidos/Nariz? Garganta (boca seca, dolor de garganta frecuente, dolor de oido, problemas con sinus, perdida de oir) \_\_\_\_\_
- Si  No Cardiovascular (alta pression, pulso rapido, dolor de pecho, ataque al Corazon) \_\_\_\_\_
- Si  No Respiratorio (falta de aire, asma, resollar, emfisema, bronquitis, COPD, toz) \_\_\_\_\_
- Si  No Gastrointestinal (dolor de estomago, diarrea, extrenimiento, vomitos, reflujo, ulcreas) \_\_\_\_\_
- Si  No Musculoskeletal (dolor de coyuntura, arthritis, calambres, muslos debiles) \_\_\_\_\_
- Si  No Piel (ronchas, tumor, urticaria, acne, rosacea, piel muy resecca) \_\_\_\_\_
- Si  No Neurologica (entumecimiento, dolor de cabeza, tremor, mareos, ataque cerebral, paralysis) \_\_\_\_\_
- Si  No Psiatrico (depression, ansiedad, bipolar, mal humor, fobias, insomnia) \_\_\_\_\_
- Si  No Endocrino (diabetis, enfermedad de la tiroides) \_\_\_\_\_
- Si  No Sangre/Linfa (alto colesterol, anemia, leukemia, moretones faciles) \_\_\_\_\_
- Si  No Alergias/immunologicos (estornudos, inchazon, rojo, comezon) \_\_\_\_\_
- Si  No Cancer (lista tipo, locacion, fecha, y tratamiento) \_\_\_\_\_
- Si  No Enfermedad infectosas (tuberculosis, sifilis, SIDA, VIH, hepatitis) \_\_\_\_\_

Otros problemas: \_\_\_\_\_

Si usted tiene diabetes, por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Usted monitoriza su azucar en la sangre? \_\_\_\_\_  
En el pasado mes que ha sido lo mas alto? \_\_\_\_\_ Y lo mas bajo? \_\_\_\_\_

Mujeres (solamente): Le han hecho una hysterectomia?  Si  No A que edad? \_\_\_\_\_  
Ya ha pasado o esta pasado por la menopausia?  Si  No A que edad? \_\_\_\_\_

El paciente toma medicamento (incluyendo sin receta, heirba, y vitaminas)?  Si  No Si, por favor haga lista abajo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El paciente tiene alergias a medicamento o comida?  Si  No Si, por favor haga lista de las cosas que dan alergias y las reacciones relacionadas con ellas. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ha tenido algun tipo de operacion, estancia en el hospital, enfermedad grave, or heridad?  Si  No Si, por favor haga lista abajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PLEASE SEE REVERSE SIDE**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Chart #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Historia de Ojos**

Ha tenido el paciente cualquiera de los siguiente condiciones de os ojos? Por favor marque y explique.

- Si  No Catarata \_\_\_\_\_
- Si  No Enfermedad de la cornea o transplante \_\_\_\_\_
- Si  No Enfermedad de los ojos diabeticos \_\_\_\_\_
- Si  No Glaucoma \_\_\_\_\_
- Si  No Ojo vagante (pobre vision en un ojo) \_\_\_\_\_  
Si, hay historia de terapia de parchando en el pasado o ahorita? \_\_\_\_\_
- Si  No Enfermedad de los muslos (mal alinamiento de los ojos) \_\_\_\_\_  
Si, el paciente ha tenido operacion de los muslos de los ojos? \_\_\_\_\_  
Si, cuando, en donde, y uno o dos ojos? \_\_\_\_\_
- Si  No Separacion o agujero retinal \_\_\_\_\_
- Si  No Heridas del ojo \_\_\_\_\_
- Si  No Operacion del ojo o lasar \_\_\_\_\_

**Historial de Familia – Cual quier de los miembros de la familia del paciente tiene cual quier de los sieguiente? Si, por favor marquee y indique la relacion al paciente:**

- Si  No Cancer \_\_\_\_\_
- Si  No Diabetis \_\_\_\_\_
- Si  No Glaucoma \_\_\_\_\_
- Si  No Enfermedad del Corazon \_\_\_\_\_
- Si  No Enfermedad retinal \_\_\_\_\_
- Si  No Migranias \_\_\_\_\_
- Si  No Historia de lentes a temprana edad \_\_\_\_\_
- Si  No Pobre vision en un ojo \_\_\_\_\_
- Si  No Mal alinamiento \_\_\_\_\_
- Si  No Otro \_\_\_\_\_

**Historial Social**

Empleo reciente: \_\_\_\_\_ Status Marital:  Casado  viudo  divorciado  soltero

Educacion:  Prepap  Escuel vocacional  colegio  postgrado

Vive solo?  Si  No

Usted usa drogas recreacionales (cocaine, marijuana, etc)?  Si  No

Fuma?  Si  No Si, cuantos al dia \_\_\_\_\_

Toma alcol?  Si  No Si, cuantos al dia \_\_\_\_\_

Usted maneja?  Si  No

Tiene problemas de vision cuando maneja?  Si  No

Tiene problemas viendo de noche?  Si  No

Usted usa lentes?  Si  No

Usted usa lented de contacto?  Si  No

Mujeres, estan embarazadas  Si  No

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Technician Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Physician Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_