

Please mail this form to the office or bring the form with you to the appointment. Thank you.

Lancaster Retina Specialists

2150 Harrisburg Pike, Suite 370
Lancaster, PA 17601 (717)399-8790

CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Sex: M() F()

Problemas actuales de los ojos: _____

¿Quién es tu médico de familia? _____

¿Quién es su oftalmólogo? _____

Nombre de su Farmacia, Ciudad y Teléfono#: _____

Teléfono y contacto de emergencia #: _____

SUS MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente y su dosis:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Estás tomando un anticoagulante? Si () No () ¿Si sí, cual? _____

Enumere todas las gotas para los ojos que está usando actualmente:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias a medicamentos:

HISTORIAL MÉDICO

¿Tienes un problema con:

Si No En caso afirmativo explicar

Si No En caso afirmativo explicar

Ojos	_____	Pérdida/ganancia de peso	_____
Oídos/Nariz/Garganta	_____	Diabetes	_____
Dolores de cabeza	_____	Cancer	_____
Pulmones/Respiración	_____	Colesterol	_____

Cardiopatía	_____	Tiroides	_____
Alta Presión Sanguínea	_____	Enfermedad del Riñón	_____
Estómago	_____	Urinario	_____
Artritis / Articulaciones	_____	Desorden sangrante	_____
Neuro/accidente cerebrovascular	_____	HIV/ Hepatitis	_____
Psiquiátrico	_____	Enfermedad Infecciosa	_____
¿Estás embarazada?	_____	Enfermedad de la piel	_____

Otros problemas: _____

¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron diabetes? _____

Por favor enumere todas las enfermedades principales: _____

OPERACIONES

Enumere cualquier operación

anterior, general y relacionada con los ojos:

Fecha

_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIA SOCIAL

Estado civil	S	C	V	D	Ocupación:	_____
Usas drogas	Si	()	No	()	En caso afirmativo, ¿cuánto por día?	_____
Fumas	Si	()	No	()	En caso afirmativo, ¿cuánto por día?	_____
Bebes alcohol	Si	()	No	()	En caso afirmativo, ¿cuánto por día?	_____
¿Fumabas en el pasado?	Si	()	No	()	¿Cuánto tiempo fumaste?	_____

TU HISTORIAL OCULAR

	DERECHA	IZQUIERDA		DERECHA	IZQUIERDA
Desprendimiento de retina	_____	_____	Ambliopía (ojo vago)	_____	_____
Retinopatía Diabética	_____	_____	Catarata	_____	_____
Degeneración macular	_____	_____	Glaucoma	_____	_____
Trasplante de córnea	_____	_____	Oclusión de vena	_____	_____
Retinitis Pigmentosa	_____	_____	Iritis	_____	_____
Herida de ojo	_____	_____	En caso afirmativo, Fecha:	_____	_____

Describir: _____

OTRO: _____

HISTORIA FAMILIAR

¿Algún miembro de la familia (Madre, Padre, Hermano, Hermana, Hijo o Hija) tiene:

	Si	No	Relación
Diabetes	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____
Accidente Cerebrovascular	_____	_____	_____
Cardiopatía	_____	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	_____
Degeneración macular	_____	_____	_____