

### Cuestionario del Paciente

*(es necesario llenar cada visita)*

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ M.N. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono(Trabajo) \_\_\_\_\_ (hogar) \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Patrón \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Pasatiempos \_\_\_\_\_

Contacto Emergencia (Nombre / Numero) \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN MÉDICO

¿Qué es su salud general? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted problemas con algunas de estos sistemas? (por favor círculo Si (Y) o Ningún (N) Ojos Y/N

Digestivo	Y /N	Nervios	Y /N	Mental	Y /N
Oídos/Nariz/ Garganta	Y /N	Reproducción	Y /N	Glándulas	Y /N
Circulación	Y /N	Sangre	Y /N	Músculos/Huesos	Y /N
Respiratorio	Y /N	Piel	Y /N	Alergia/Inmunológico	Y /N

Por favor explique \_\_\_\_\_

Por favor conteste a todos que aplican:

Diabetes Y /N ¿Tipo? \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_

Allergias Y /N ¿Que son sus síntomas? \_\_\_\_\_ ¿Qué pasa? \_\_\_\_\_

Alergia de medicamento Y /N ¿Que son sus síntomas? \_\_\_\_\_ ¿Qué pasa? \_\_\_\_\_

Dolores de cabeza Y /N Describa Dolores de cabeza \_\_\_\_\_

Otros problemas de salud \_\_\_\_\_

Medicaciones \_\_\_\_\_

¿Ha tenido operaciones? Y /N ¿Tipo \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

¿Usa cigarrillos/tobaco Y/N ¿Alcohol? Y/N ¿Otras sustancias? (s) \_\_\_\_\_

Nombre de su doctor medico \_\_\_\_\_ Fecha de última visita \_\_\_\_\_

Fecha de último inyección de tetano \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un Avance Directivo para el cuidado de salud? \_\_\_\_\_

#### HISTORIA DE SU FAMILIA

Presión alta	Y /N	Relación _____	degeneración Macular	Y /N	Relación _____
Diabetes	Y /N	Relación _____	Separación Retina	Y /N	Relación _____
Glaucoma	Y /N	Relación _____	Cataratas	Y /N	Relación _____

¿Otra condición(s) del ojo Y/N ¿Tipo? \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

#### INFORMACION PERSONAL DE SUS OJOS

¿Ha tenido una operación del ojo? Y /N ¿Tipo? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una lesión del ojo? Y /N ¿Tipo? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Tiene usted Glaucoma? Y /N Cataratas Y /N Ojos secos? Y /N ¿Visión manchada? Y /N

¿Otros problemas del ojo? Y /N ¿Tipo? \_\_\_\_\_

¿Usa usted lentes? Y /N Pupilentes? Y /N ¿Tipo? \_\_\_\_\_

Información adicional \_\_\_\_\_

¿Quién podemos agradecer nosotros por referirselo? \_\_\_\_\_

Las Iniciales de doctor \_\_\_\_\_