

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

ANTECEDENTES DE LA VISTA

Utiliza:

- SÍ NO gafas
- SÍ NO lentes de contacto
- SÍ NO un ojo artificial

Alguna vez ha tenido:

- SÍ NO catarata
- SÍ NO glaucoma
- SÍ NO diabetes
- SÍ NO ojo perezoso
- SÍ NO visión doble
- SÍ NO vista reducida
- SÍ NO moscas volantes
- SÍ NO halos
- SÍ NO luces intermitentes
- SÍ NO sensibilidad anormal a la luz
- SÍ NO puntos ciegos
- SÍ NO líneas irregulares en la vista
- SÍ NO vista lateral deficiente
- SÍ NO vista nocturna deficiente
- SÍ NO percepción deficiente del color
- SÍ NO percepción deficiente de la profundidad
- SÍ NO problemas de la retina
- SÍ NO irrigación sanguínea al ojo deficiente
- SÍ NO infección ocular grave
- SÍ NO pupila anormal
- SÍ NO otra; en caso afirmativo, especifique cuál

ANTECEDENTES MÉDICOS

Tiene o alguna vez recibió tratamiento por:

- | | |
|--|--|
| SÍ NO sida/VIH | SÍ NO enfermedad de Lyme |
| SÍ NO alzhéimer | SÍ NO migraña |
| SÍ NO anemia | SÍ NO infarto de miocardio (ataque cardíaco) |
| SÍ NO angina | SÍ NO esclerosis múltiple |
| SÍ NO artritis | SÍ NO miastenia grave |
| SÍ NO asma | SÍ NO osteoporosis |
| SÍ NO fibrilación auricular | SÍ NO párkinson |
| SÍ NO parálisis de Bell | SÍ NO embolia pulmonar |
| SÍ NO cáncer | SÍ NO artritis reumatoide |
| SÍ NO enfermedad cardiovascular | SÍ NO sarcoidosis |
| SÍ NO EPOC | SÍ NO convulsiones |
| SÍ NO insuficiencia cardíaca congestiva | SÍ NO enfermedad de células falciformes |
| SÍ NO enfermedad de la arteria coronaria | SÍ NO síndrome de Sjogren |
| SÍ NO enfermedad de Crohn | SÍ NO apnea del sueño |
| SÍ NO diabetes insípida | SÍ NO úlcera gástrica |
| SÍ NO diabetes tipo 1 | SÍ NO accidente cerebrovascular |
| SÍ NO diabetes tipo 2 | SÍ NO arteritis temporal |
| SÍ NO hipertrofia de la próstata | SÍ NO accidente isquémico transitorio (AIT) |
| SÍ NO enfermedad por reflujo gastroesofágico | SÍ NO enfermedad de la tiroides |
| SÍ NO gota | SÍ NO otra; en caso afirmativo, especifique cuál |
| SÍ NO enfermedad de Grave | _____ |
| SÍ NO síndrome de Guillain-Barré | _____ |
| SÍ NO hepatitis | _____ |
| SÍ NO hernia | _____ |
| SÍ NO hipertensión arterial | _____ |
| SÍ NO colesterol alto | _____ |
| SÍ NO enfermedad renal | _____ |
| SÍ NO diálisis renal | _____ |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Enumere todas las cirugías que haya tenido, con las fechas:

MEDICACIÓN ACTUAL

Enumere todos sus medicamentos actuales, con la concentración y las dosis. Consulte las etiquetas para responder con precisión. Asegúrese de incluir las gotas para los ojos con receta.

ALERGIAS

SÍ NO penicilina
SÍ NO sulfamida
SÍ NO mariscos

¿Es usted alérgico a algún otro medicamento? Indique el medicamento y la reacción que le causó:

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún familiar ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

En caso afirmativo, ¿qué familiar? (madre, hermano, abuelo, etc.):

- degeneración macular _____
 ceguera _____
 catarata _____
 glaucoma _____
 desprendimiento de retina _____
 ambliopía _____
 diabetes _____
 cáncer _____
 cardiopatía _____
 hipertensión _____
 enfermedad renal _____
 enfermedad de la tiroides _____
 accidente cerebrovascular _____
 uveítis _____

ANTECEDENTES SOCIALES

SÍ NO ¿Fuma? _____

¿Cuánto? _____

SÍ NO ¿Alguna vez fumó?

SÍ NO ¿Bebe alcohol?

¿Con qué frecuencia? _____

SÍ NO ¿Alguna vez usó drogas?

Usted:

SÍ NO trabaja

en caso afirmativo,

¿qué tipo de trabajo? _____

SÍ NO está desempleado

SÍ NO es discapacitado

SÍ NO está jubilado

¿Tiene alguna de las siguientes afecciones?

- SÍ NO dolor en el pecho
SÍ NO dificultad para respirar
SÍ NO hinchazón en pies o tobillos
SÍ NO latidos irregulares
SÍ NO fiebre
SÍ NO pérdida de peso
SÍ NO fatiga
SÍ NO sudores nocturnos
SÍ NO sed excesiva
SÍ NO micción excesiva
SÍ NO intolerancia al calor
SÍ NO intolerancia al frío
SÍ NO dolor abdominal
SÍ NO náuseas
SÍ NO dificultad para tragar
SÍ NO micción dolorosa
SÍ NO sangre en la orina
SÍ NO diálisis
SÍ NO moretones con facilidad
SÍ NO sangrado prolongado
SÍ NO pérdida de audición
SÍ NO sensibilidad del cuero cabelludo
SÍ NO dolor de mandíbula al masticar
SÍ NO erupciones
SÍ NO llagas en la piel
SÍ NO cáncer de piel
SÍ NO picazón grave
SÍ NO dolores musculares
SÍ NO dolor en las articulaciones
SÍ NO debilidad
SÍ NO convulsiones
SÍ NO mareo
SÍ NO tos
SÍ NO tos con sangre