



HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Médico de Atención Primaria: _____

Otro Médico: _____ Especialidad: _____

MEDICACIÓN ACTUAL? (o copia de la lista)

¿TIENE ALERGIAS A ALGÚN MEDICAMENTO? Sí No

Si es sí, anote la medicinas a las que es alérgico: _____

¿HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍA? Sí No

Si la respuesta es sí, enumere todas las operaciones (cataratas, apendicectomía, etc.): _____

PACIENTE - HISTORIAL MÉDICOS

YES NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoimmune/ Rheumatologic Disease
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 or <input type="checkbox"/> Tipo 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer: Tipo:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca/ Presión arterial alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degeneración Macular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Tiroides

Otros:

PACIENTE - HISTORIA SOCIAL

YES NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fuma?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sido fumador? ¿En qué año lo dejaste?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Consume drogas recreativas?

PACIENTE - CIRUGÍAS OCULARES PREVIAS

YES NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/> Ojo izquierdo	<input type="checkbox"/> Ojo derecho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lasik	Año?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRK	Año?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía de retina		

FAMILIA - HISTORIAL MÉDICOS

YES NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degeneración Macular

Otras enfermedades oculares:

