

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor, rellena este historial médico confidencial, marque todas las áreas que correspondan a su caso. Esto formará parte de su registro médico.

Explique el motivo de su visita hoy. Indique cuál ojo (o ojos) presenta el problema, desde cuándo lo nota, si es leve, moderado o fuerte, si tiene dolor, si afecta su visión, y qué cosas lo mejoran o lo empeoran. Use el reverso de la forma si necesita más espacio:

REVI DE HISTORIAL MÉDICO, FAMILIAR Y SOCIAL Por favor, marque todas las áreas que le

Historial Médico Pasado		Historial de Diabetes	
Sí ☐ No ☐ Hipertensión	Sí ☐ No ☐ Tuberculosis - Activo	Sí ☐ No ☐ Diabetes	
Sí ☐ No ☐ Enfermedad del Corazón	Sí ☐ No ☐ Antecedentes de tuberculosis	Si es sí: Número de años: _____	
Sí ☐ No ☐ Asma	Si es sí: Año: _____	Última HgA1C _____	
Sí ☐ No ☐ Accidente Cerebrovascular	Sí ☐ No ☐ HIV	La fecha: _____	
Si es sí: Año: _____	Sí ☐ No ☐ Hepatitis	Sí ☐ No ☐ Medicamento oral	
Sí ☐ No ☐ Cáncer	Si es sí: ☐ Tipo A	Sí ☐ No ☐ Insulina Cuantos años _____	
Si es sí: Tipo de: _____	☐ Tipo B	Sí ☐ No ☐ Bomba	
Año: _____	☐ Tipo C	Sí ☐ No ☐ Trasplante	
	Cuantos años: _____	Sí ☐ No ☐ Diálisis	
		¿Cuántas veces por semana: _____	
Vacunas:		Vacunas continuación.:	
Sí ☐ No ☐ Tétanos	La fecha: _____	Sí ☐ No ☐ Influenza (Gripe)	La fecha: _____
Sí ☐ No ☐ Hepatitis B	_____	Sí ☐ No ☐ Pneumovax	_____
Sí ☐ No ☐ Otros: _____	_____	Sí ☐ No ☐ Otros: _____	_____
Alergias: Use el reverso de esta hoja si es necesario.		Alergias continuación:	
Lista de medicamentos	Reacción:	Lista de medicamentos	Reacción:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Cirugías anteriores: Escribe el tipo de cirugía y el año, si lo recuerda: _____			

** Por favor, escribe la lista de sus medicamentos en la tercera página.

RETINA AND VITREOUS CONSULTANTS OF WI, LTD - CONFIDENTIAL HEALTH HISTORY

Main Office: 2600 N Mayfair Rd, Ste 901 Milwaukee, WI 53226

414-774-3484 or 877-212-3937

Historial familiar: Encierre en un círculo cualquier condición médica que tengan o hayan tenido sus familiares.

Padres: Catarata(s) Diabetes Glaucoma Desprendimiento de retina Degeneración macular Ceguera
No Me Aplica

Hermanos (as): Catarata(s) Diabetes Glaucoma Desprendimiento de retina Degeneración macular Ceguera
No Me Aplica

Hijos(as): Catarata(s) Diabetes Glaucoma Desprendimiento de retina Degeneración macular Ceguera
No Me Aplica

Parientes: Catarata(s) Diabetes Glaucoma Desprendimiento de retina Degeneración macular Ceguera
No Me Aplica

Otro(a): _____

Número de cuenta del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre: _____ Fecha: _____

REVISÓ DE SISTEMAS Y ANTECEDENTES MÉDICOS (Por favor, marque cada síntoma que le corresponde.):

Sistémico

Sí ☐ No ☐ Fiebre
Sí ☐ No ☐ Fatiga
Sí ☐ No ☐ Cambio de peso
Notas: _____

Oído / Nariz / Garganta

Sí ☐ No ☐ Problemas de audición
Sí ☐ No ☐ Zumbido en los oídos
Sí ☐ No ☐ Problemas de los senos nasales
Sí ☐ No ☐ Dolor de garganta
Notas: _____

Piel / Tegumentario

Sí ☐ No ☐ Infección
Sí ☐ No ☐ Erupción cutánea
Sí ☐ No ☐ Picazón
Sí ☐ No ☐ Cáncer de piel
Notas: _____

Neurológico

Sí ☐ No ☐ Dolores de cabeza/Migrañas
Sí ☐ No ☐ Convulsiones
Sí ☐ No ☐ Mareos
Sí ☐ No ☐ Temblor
Sí ☐ No ☐ Parálisis
Sí ☐ No ☐ Demencia
Sí ☐ No ☐ Derrame cerebral
Si es así, enumere cuándo:
□ _____
Notas: _____

Genitourinario

Sí ☐ No ☐ Cálculos renales o enfermedad de los riñones
Sí ☐ No ☐ Próstata
Sí ☐ No ☐ Vejiga/Intestino
Notas: _____

Pulmonar / Respiratorio

Sí ☐ No ☐ Falta de aire
Sí ☐ No ☐ Asma
Sí ☐ No ☐ Bronquitis
Sí ☐ No ☐ Enfisema
Notas: _____

Psicológico

Sí ☐ No ☐ Ansiedad
Sí ☐ No ☐ Pánico
Sí ☐ No ☐ Nerviosismo
Sí ☐ No ☐ Depresión
Notas: _____

Cardiovascular

Sí ☐ No ☐ Presión arterial alta
Sí ☐ No ☐ Dolor en el pecho
Sí ☐ No ☐ Latido cardíaco irregular
Sí ☐ No ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
Sí ☐ No ☐ Ataque al corazón
Si es sí, escribe cuándo
□ _____
Notas: _____

Gastrointestinal

Sí ☐ No ☐ Enfermedad de Crohn
Sí ☐ No ☐ Enfermedad hepática
Sí ☐ No ☐ Úlcera
Notas: _____

Musculoesquelético

Sí ☐ No ☐ Artritis reumatoide
Sí ☐ No ☐ Debilidad
Sí ☐ No ☐ Gota
Notas: _____

Hematológico / Linfático

Sí ☐ No ☐ Anémico
Sí ☐ No ☐ Se amorata fácilmente
Sí ☐ No ☐ Trastorno de la coagulación sanguínea
Si es así, enumere la medicación para la coagulación:

Notas: _____

Alergia / Inmunológico

Sí ☐ No ☐ Fiebre del heno
Sí ☐ No ☐ Alergia al látex

Endocrino

Sí ☐ No ☐ Tiroides
Sí ☐ No ☐ Enfermedad hormonal
Notas: _____

Doctor Notes:

Patient Account Number: _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____

53226414-774-3484 or 877-212-3937

"Registro de medicamentos del paciente (use páginas adicionales según sea necesario)"

Por favor, responda también las preguntas al final de la página.

[illegible]

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____