

Chart # _____

Salina Family Healthcare Center – Historial médico de atención oftalmológica

La siguiente información nos ayuda a cuidarlo mejor. Toda la información obtenida se maneja de manera privada y confidencial. Cualquier espacio en blanco se considerará como "se negó a comentar."

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____ fecha de nacimiento: _____
Último oculista: _____ Último examen de la vista: _____
Proveedor médico actual: _____ Última examinación médica: _____
¿Cuál es la razón que busca atención de la vista ahora? _____

Historial médico

¿Considera su salud: Buena Regular Pobre Está embarazada: Sí No
Altura: Pies Pulgadas Peso: _____
¿Actualmente está tomando algún medicamento o droga?: Sí No si, sí, ¿qué está tomando?

¿Es alérgico a algún medicamento o droga? Sí No si, sí ¿cuáles drogas ?
Droga Reacción Gravedad
_____ _____ baja Mediana alta
_____ _____ baja Mediano alta
_____ _____ baja Mediano alta

Aliste todas las cirugías mayores y/u hospitalizaciones que haya tenido:

¿Cuál es su forma actual de corrección de la visión? Lentes Contactos lentes/Contactos ninguno
¿Alguna vez ha usado lentes de contacto?: Sí No
Si usa lentes de contacto, ¿qué tipo de lentes de contacto usa? Rígido Suave Uso extendido
¿Usa lentes de sol graduados? Sí No ¿Utiliza lentes para trabajar con la computadora? Sí No

Historia social

¿Maneja? Sí No si, si, ¿tiene dificultad visual para conducir? Sí No
Si, sí, describa _____
Si tienes más de 13 años, ¿fuma? Nunca antes Algunos días Todos los días
Si es fumador, ¿número de cigarrillos fumados por día? _____
¿Bebes alcohol? Sí No si, sí, tipo/cantidad/cuánto tiempo: _____
¿Utiliza drogas recreativas? Sí No si, si, tipo/cantidad/cuánto tiempo: _____
¿Alguna vez ha estado expuesto/infectado con: Gonorrea Hepatitis VIH Sífilis No

Historial familiar

¿Uno de sus padres, hermanos o hijos ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Por favor marque.
Enfermedad/Condición Ocular Sí No Su relación

Ceguera	Sí No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo
Catarata	Sí No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo
Glaucoma	Sí No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo

Degeneración macular	Sí	No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo
Desprendimiento de Retina	Sí	No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo

Enfermedad/Condición Sistémica	Sí	No	Su relación
Artritis	Sí	No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo
Asma	Sí	No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo
Cáncer	Sí	No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo
Diabetes	Sí	No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo
Enfermedad del corazón	Sí	No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo
Alta presión sanguínea	Sí	No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo
Enfermedad renal	Sí	No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo
Enfermedad de tiroides	Sí	No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo
Otro: _____	Sí	No	Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo

Revisión de los síntomas: ¿Actualmente o alguna vez ha tenido algún problema en las siguientes áreas?
Por favor marque.

Cáncer Sí No No estoy seguro

Salud mental Sí No No estoy seguro

Constitucional

Oídos, Nariz, Boca, Garganta

Fiebre/Pérdida/aumento de peso Sí No No estoy seguro

Alergias/fiebre del heno Sí No no estoy seguro

Neurológica

Congestión nasal Sí No No estoy seguro

Dolores de cabeza Sí No No estoy seguro

tos crónica Sí No No estoy seguro

Migrañas Sí No No estoy seguro

Garganta/Boca Seca Sí No No estoy seguro

convulsiones Sí No No estoy seguro

Dolor de oído Sí No No estoy seguro

Ojos

Respiratorio

Pérdida de visión Sí No No estoy seguro

Asma Sí No No etoy seguro

Visión borrosa Sí No No estoy seguro

Bronquitis crónica Sí No No estoy seguro

visión distorsionada Sí No No estoy seguro

Enfisema Sí No No estoy seguro

Perdida de visión Sí No No estoy seguro

Vascular/Cardiovascular

Visión doble Sí No No estoy seguro

Diabetes Sí No No estoy seguro

Sequedad Sí No No estoy seguro

Duración: Último Hba1c:

Secreción Mucosa Sí No No estoy seguro

Alta presión sanguínea Sí No No estoy seguro

Enrojecimiento Sí No No estoy seguro

Enfermedad vascular Sí No No estoy seguro

Arenosa Sí No No estoy seguro

Lesión cerebral/accidente cerebrovascular Sí No No estoy seguro

Comezón Sí No No estoy seguro

Gastrointestinal

Ardor Sí No No estoy seguro

Diarrea Sí No No estoy seguro

Sensación de cuerpo extraño Sí No No estoy seguro

Constipación Sí No No estoy seguro

Exceso de lágrimas Sí No No estoy seguro

Úlceras Sí No No estoy seguro

Sensibilidad a la luz Sí No No estoy seguro

Genitourinario

Dolo en los ojos Sí No No estoy seguro

Genitales/Riñón/Vejiga Sí No No estoy seguro

Infección crónica Sí No No estoy seguro

Huesos/Articulaciones/Músculos

orzuelo/chalazión Sí No No estoy seguro

Artritis Reumatoide Sí No No estoy seguro

flotadores Sí No No estoy seguro

Dolor muscular Sí No No estoy seguro

Ojos cansados Sí No No estoy seguro

Dolor en las articulaciones Sí No No estoy seguro

Endocrina

Linfática / Hematológica

Tiroides Sí No No estoy seguro

Anemia Sí No No estoy seguro

Piel (tegumentaria) Sí No No estoy seguro

Problemas de sangrado Sí No No estoy seguro

Alérgica / Inmunológica Sí No No estoy seguro