

### FORMULARIO DE HISTORIA DE PACIENTE NUEVO

Fecha	Número del Seguro Social	Número de cuenta	
NOMBRE		Apellido	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado
			Código postal
Sexo	Estado civil	Raza	Grupo étnico
Dirección de correo electrónico		Teléfono de casa	Teléfono celular

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Teléfono	Relación
--------	----------	----------

### MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre	Teléfono
--------	----------

### REMITIDO POR

Nombre	Teléfono
--------	----------

### FARMACIA

Nombre	Teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Fecha del último examen de la vista	Usa	<input type="radio"/> Anteojos	<input type="radio"/> Lentes de contacto
-------------------------------------	-----	--------------------------------	--

Razón de la visita de hoy (síntomas)

### Lista de cualquier condición ocular significativa y operaciones con fechas

(cataratas, degeneración macular, retinopatía diabética, glaucoma, lesiones oculares, láser, inyecciones, ojo perezoso, ojos cruzados (estrabismo), etc.)

### HISTORIA MÉDICA, ¿Ha tenido alguna vez alguno de los problemas de las siguientes áreas?

Diabetes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Anemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Artritis degenerativa	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hernia hiatal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Artritis reumatoide	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Úlceras	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Anemia falciforme	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedades de la piel	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas de la tiroides	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Migrañas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de los riñones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Embarazo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Derrame cerebral/parálisis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sarcoidosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad de Parkinson	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Soplo cardíaco	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas inmunológicos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Esclerosis múltiple	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ataque al corazón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Colesterol alto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Esquizofrenia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Latidos cardíacos irregulares/rápidos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cáncer	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Lupus	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presión alta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Especifique:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Lista de operaciones con fechas

--

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento
¿Fuma o usa tabaco? <input type="checkbox"/> Nunca fumó/usó tabaco <input type="checkbox"/> Exfumador <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> En la actualidad fuma diariamente <input type="checkbox"/> Fumador empedernido actual <input type="checkbox"/> Fumador casual actual		
¿Se cayó el año pasado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es sí, ¿cuántas caídas tuvo el año pasado? _____                    ¿Le causó lesiones la caída? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
<b>REVISIÓN DE SISTEMAS - ¿Tiene actualmente problemas en esta área? (Seleccione Sí o No)</b>		
SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES	CARDIOVASCULAR	
Fatiga <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presión/malestar en el pecho <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Fiebre <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Latidos irregulares/palpitaciones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Sudores nocturnos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Otros	
Otros	<b>GENITOURINARIO (GENITALES/RIÑONES/VEJIGA)</b>	
<b>CABEZA, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA</b>	Disuria (orina con dolor) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Pérdida de la audición <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hematuria (sangre en la orina) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Otros	Otros	
<b>VÍAS RESPIRATORIAS (PULMONES/RESPIRACIÓN)</b>	<b>NEUROLÓGICO</b>	
Tos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Mareo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Sibilancia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolores de cabeza <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Otros	Otros	
<b>GASTROINTESTINAL (ESTÓMAGO/INTESTINOS)</b>	<b>METABÓLICO/ENDOCRINO</b>	
Estreñimiento <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Intolerancia al frío <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Diarrea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Intolerancia al calor <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Vómitos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Polidipsia (sed excesiva) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Otros	Polifagia (hambre excesiva) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>	Poliuria (orina frecuente) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Artralgia (dolor de articulaciones) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Otros	
Trastorno de la marcha <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<b>PSIQUIÁTRICO</b>	
Hinchazón de articulaciones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cambios emocionales <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Debilidad muscular <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Otros	
Otros	<b>ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO</b>	
<b>HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO</b>	Alergias ambientales <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Sangrado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Alergias a la comida <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Moretones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Otros	
Otros		
<b>TEGUMENTARIO (PIEL)</b>		
Sarpullido <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Otros		

COMENTARIOS:

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
---------------------	---------------------

**HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL:**

Enfermedades oculares	Relación con el paciente	Enfermedades médicas	Relación con el paciente	Enfermedades médicas	Relación con el paciente
<input type="checkbox"/> Ambliopía (ojo perezoso)		<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias	
<input type="checkbox"/> Ceguera		<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	
<input type="checkbox"/> Cataratas		<input type="checkbox"/> Cáncer		<input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la córnea		<input type="checkbox"/> Trastornos circulatorios		<input type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> Glaucoma		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Otros	
<input type="checkbox"/> Degeneración macular		<input type="checkbox"/> Ataque al corazón			
<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina		<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas			
<input type="checkbox"/> Trastornos de retina		<input type="checkbox"/> Presión alta			
<input type="checkbox"/> Estrabismo		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal			

**MEDICAMENTOS Y ALERGIAS:**

Haga una lista de todos los medicamentos que toma (de venta con receta y de venta libre). Adjunte una lista si es necesario.

Nombre del medicamento para los ojos	Dosis	Fecha de inicio

Haga una lista de todos los demás medicamentos (que no son para los ojos) que toma (de venta con receta y de venta libre). Adjunte una lista si es necesario.

Nombre del medicamento	Dosis	Fecha de inicio

Haga una lista de todas las alergias conocidas.

Marque aquí si no tiene alergias conocidas

ALERGENO	Reacción	Gravedad

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
---------------------	---------------------

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Aseguradora principal:	
Número de identificación:	
Número de grupo:	
Nombre del suscriptor:	
Relación con el suscriptor:	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre
Empleador del suscriptor:	
Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Número del Seguro Social:	

Aseguradora secundaria:	
Número de identificación:	
Número de grupo:	
Nombre del suscriptor:	
Relación con el suscriptor:	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre
Empleador del suscriptor:	
Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Número del Seguro Social:	

**Persona individual responsable del pago**

Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	
Relación con el paciente:	
Fecha de nacimiento:	

**COMENTARIOS:**