

**Retina Specialists of Southern Arizona, P.L.L.C**  
**Cuestionario de Historial de Pacientes**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Por favor, indique la razón para visitar : \_\_\_\_\_

Cirugías y afecciones oculares previas : \_\_\_\_\_ Ninguno

Enumere todas las condiciones médicas:

- Diabetes tipo I \_ (años  diabetes tipo II) años  presión arterial alta  enfermedad cardíaca  
 diálisis renal, enfermedad  trastorno hemorrágico  enfermedad de la tiroides  VIH/SIDA  
 Colesterol alto  enfermedad vascular  enfermedad pulmonar  cáncer  accidente cerebrovascular

Enumere otros problemas médicos y cirugías principales: \_\_\_\_\_ Ninguno

Lista de todos los medicamentos actuales (incluye medicamentos sin receta): \_\_\_\_\_ No hay medicamentos

Alergias y reacciones medicamentosas: \_\_\_\_\_ No se conocen alergias medicamentosas

Historia social: comprobar respuesta:

¿Bebes alcohol?  No  sí (si es así, ¿con qué frecuencia?)

¿Actualmente fuma, mastica/usa cigarros?  No  sí (si es así, ¿con qué frecuencia?)

Si ya no fuma, ¿Cuándo renunció? \_\_\_\_\_

¿Abusa de las drogas?  No  sí (en caso afirmativo, explique)

¿Conduces?  No  sí

¿Vives solo?  No  sí

¿Reside en un centro de enfermería especializada/vida asistida?  No  sí ¿alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?  No

Antecedentes familiares: ¿tiene algún pariente con: "¿glaucoma? \_\_\_\_\_

¿La degeneración macular? \_\_\_\_\_ Otros? \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Historial de Pacientes (CONT.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

**Si actualmente tiene algún problema en las siguientes áreas, por favor circule y explique.**

CONSTITUCIONAL: fiebre, pérdida de peso, fatiga, problemas de pie de la silla:  ninguno

PIEL: picazón, erupción cutánea, infección, úlcera, tumores (crecimientos);  ninguno

LINFÁTICO: hinchazón o sensibilidad de los ganglios linfáticos, otros:  ninguno

MUSCULOESQUELÉTICO: dolor muscular, calambres, dolor articular, hinchazón, otros:  ninguno

ENDOCRINA: confusión, desmayos, nerviosismo, intolerancia al calor/frío, pérdida de cabello:  
 ninguno

Alergia/Inmunología: infecciones recurrentes, fiebre del heno, urticaria, alergia a alimentos/medicamentos:  ninguno

CABEZA: cefaleas, mareos, vértigo, otros:  ninguno

OREJAS: pérdida auditiva, zumbido, infecciones, otras:  ninguno

NARIZ: sangrado, pérdida de olor, congestión, problemas de sinusitis, otros:  ninguno

GARGANTA: sequedad de boca, pérdida de sabor, dificultad para tragar, ronquera, otros:  ninguno

CUELLO: dolor, hinchazón, rigidez, otros:  ninguno

PECHO: sensibilidad, hinchazón, grumos, secreción, otros:  ninguno

HEMATOLÓGICO: fiebre/escalofríos; contusión fácilmente, sangrado prolongado, hemorragias cutáneas:  ninguno

RESPIRATORIO: sibilancias, tos, dificultad respiratoria, asma, otros:  ninguno

CARDIOVASCULAR: (corazón/vasos sanguíneos): dolor torácico, hinchazón de las extremidades, falta de aliento, intolerancia al ejercicio, otros:  ninguno

GASTROINTESTINAL: (estómago/intestinos): náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, dolor/calambres, sangrado, otros:  ninguno

GENITOURINARIO: (genitales/riñón/vejiga): frecuencia, ardor, dolor o sangrado al orinar, infecciones, incontinencia, otros :  ninguno

NEUROLÓGICA: debilidad en brazos o piernas, entumecimiento u hormigueo, pérdida de consciencia, caídas, dificultad para caminar, convulsiones, temblores, neuralgia, otros:  ninguno

Psiquiatría: desorientación, cambios de humor, ansiedad, depresión, alucinaciones  
 ninguna

¿Fue este formulario completado por:  paciente  familia  Personal