

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

Nombre y dirección de la farmacia preferida: _____

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 (¿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 ☐ Sí

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