

**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  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:	<input type="checkbox"/> ninguno
PIEL: picazón, erupción cutánea, infección, úlcera, tumores (crecimientos);	<input type="checkbox"/> ninguno
LINFÁTICO: hinchazón o sensibilidad de los ganglios linfáticos, otros:	<input type="checkbox"/> ninguno
MUSCULOESQUELÉTICO: dolor muscular, calambres, dolor articular, hinchazón, otros:	<input type="checkbox"/> ninguno
ENDOCRINA: confusión, desmayos, nerviosismo, intolerancia al calor/frío, pérdida de cabello:	
<input type="checkbox"/> ninguno	
Alergia/Inmunología: infecciones recurrentes, fiebre del heno, urticaria, alergia a	
alimentos/medicamentos:	<input type="checkbox"/> ninguno
CABEZA: cefaleas, mareos, vértigo, otros:	<input type="checkbox"/> ninguno
OREJAS: pérdida auditiva, zumbido, infecciones, otras:	<input type="checkbox"/> ninguno
NARIZ: sangrado, pérdida de olor, congestión, problemas de sinusitis, otros:	<input type="checkbox"/> ninguno
GARGANTA: sequedad de boca, pérdida de sabor, dificultad para tragar, ronquera, otros:	<input type="checkbox"/> ninguno
CUELLO: dolor, hinchazón, rigidez, otros:	<input type="checkbox"/> ninguno
PECHO: sensibilidad, hinchazón, grumos, secreción, otros:	<input type="checkbox"/> ninguno
HEMATOLÓGICO: fiebre/escalofríos; contusión fácilmente, sangrado prolongado, hemorragias	
cutáneas:	<input type="checkbox"/> ninguno
RESPIRATORIO: sibilancias, tos, dificultad respiratoria, asma, otros:	<input type="checkbox"/> ninguno
CARDIOVASCULAR: (corazón/vasos sanguíneos): dolor torácico, hinchazón de las extremidades, falta	
de aliento, intolerancia al ejercicio, otros:	<input type="checkbox"/> ninguno
GASTROINTESTINAL: (estómago/intestinos): náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea,	
dolor/calambres, sangrado, otros:	<input type="checkbox"/> ninguno
GENITOURINARIO: (genitales/riñón/vejiga): frecuencia, ardor, dolor o sangrado al orinar, infecciones,	
incontinencia, otros :	<input type="checkbox"/> ninguno
NEUROLÓGICA: debilidad en brazos o piernas, entumecimiento u hormigueo, pérdida de conciencia, caídas,	
dificultad para caminar, convulsiones, temblores, neuralgia, otros:	<input type="checkbox"/> ninguno
Psiquiatría: desorientación, cambios de humor, ansiedad, depresión, alucinaciones	
<input type="checkbox"/> ninguna	

¿Fue este formulario completado por:  paciente  familia  Personal