

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### QUESTIONARIO PARA PACIENTE NUEVO

Quién le referió? \_\_\_\_\_

Ocupación (previo, si retirado): \_\_\_\_\_  Retirado

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Origen étnico: \_\_\_\_\_

Usa lentes?  No  Todo el tiempo  Para la distancia solamente  Leyendo solamente

Usa lentes de contacto?  No  Todo el tiempo  A veces  Lentes suaves  Lentes duros

Quien por lo general, le adapta sus lentes: \_\_\_\_\_

### HISTORIA OCULAR: Alguna vez ha tenido?

Cataractas: \_\_\_\_\_

Cirugía de catarata: \_\_\_\_\_

Ojos cruzados: \_\_\_\_\_

Sequedad de los ojos: \_\_\_\_\_

Cirugía de párpado: \_\_\_\_\_

Glaucoma: \_\_\_\_\_

Ojos perezosos: \_\_\_\_\_

Degeneración de la mácula lútea: \_\_\_\_\_

Pterigión: \_\_\_\_\_

Cirugía refractiva (RK, LASIK, PRK) : \_\_\_\_\_

Desprendimiento de la retina: \_\_\_\_\_

Herida en el ojo: \_\_\_\_\_

Otras cirugías de ojo: \_\_\_\_\_

### HISTORIA FAMILIAR: Ha tenido algun miembro de su familia con:

Ceguera: \_\_\_\_\_

Cáncer: \_\_\_\_\_

Cataratas antes de 60: \_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_

Glaucoma: \_\_\_\_\_

Enfermedad del corazón: \_\_\_\_\_

Degeneración de la mácula lútea \_\_\_\_\_

Migrañas: \_\_\_\_\_

Desprendimiento de la retina: \_\_\_\_\_

Retina pigmentosa: \_\_\_\_\_

Infarto: \_\_\_\_\_

¿Hay algo que le gustaria que sepamos que es pertinente a su atención médica?

|   |
|---|
| Staff use:<br>Rev by: _____ Date: _____<br>Rev by: _____ Date: _____<br>Rev by: _____ Date: _____ |
|---|

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE SALUD

Si está embarazada, cuándo espera?  No  Sí  
Tiene diabetes?  No  Pre-diabético  Tipo 1  Tipo 2

¿ Ha tomado cualquiera de los siguientes medicamentos?

amiodarone (Cordarone, Pacerone)  ethambutol  
 hydroxychloroquine (Plaquenil)  prednisone  
 prostate medications: tamsulosin (Flomax), Uroxatral, or Rapaflo

**Usted tiene cualquiera de los siguientes (circule todos los que aplican y explique abajo):**

|                        |                       |                      |                            |
|------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|
| Cáncer                 | Asma                  | Dolor de espalda     | Enfermedad de              |
| Escalofríos            | Enfermedad pulmonar   | Reemplazo de         | Alzheimer                  |
| Fatiga severa          | Tos                   | cadera/rodilla       | Apagones                   |
| Fiebre                 | En oxígeno            | Dolor de cuello      | Demencia                   |
| Sentirse enfermo       | Falta de aliento      | Lupus                | Mareo                      |
| Sudores nocturnos      | Apnea del sueño       | Debilidad muscular   | Pérdida de la              |
| Perdida de peso        | Sibilancias           | Fibromialgia         | memoria                    |
|                        |                       | Enfermedad           | Migrañas                   |
|                        |                       | reumatoide           | Esclerosis múltiple        |
| Resfriado/gripe        | Enfermedad            |                      | Parálisis                  |
| Perdida auditoria      | gastrointestinal      |                      | Enfermedad de              |
| Dolor de oído          | Cirrosis              | Ansiedad             | Parkinson                  |
| Fiebre de heno         | Hepatitis             | Claustrofobia        | Convulsiones               |
| Trauma de la cabeza    | Ictericia             | Depresión            | Infarto                    |
| Dolor de cabeza        | Náusea                | Ataques de pánico    | Ataque isquémico           |
| Calambres en la        | Vómitos               |                      | transitorio                |
| mandíbula              |                       | Diabetes de Adulto   |                            |
| Sinusitis              | Descarga urinaria     | Pre-diabético        |                            |
| Síndrome de Sjogrens   | Uso de Flomax         | Diabetes Juvenil     | <b>ALERGIAS:</b>           |
| Vértigo                | Dolor al orinar       | Diabetes de embarazo | <b>(liste su reacción)</b> |
|                        | Enfermedad de la      | Alto tiroides        | _____                      |
| Dolor de pecho         | próstata              | Bajo tiroides        | _____                      |
| Enfermedad coronaria   | Enfermedad del hígado |                      | _____                      |
| Ataque de corazón      | Diálisis renal        | Anemia               | _____                      |
| Problema de la         | Infección de orina    | Tendencia de sangrar | _____                      |
| válvula coronaria      |                       | Anticoagulantes      | _____                      |
| Alta presión sanguínea | Lesiones de la piel   | Leucemia             | _____                      |
| Colesterol alto        | Sarpullido            |                      | _____                      |
| Latido de corazón      | Rosácea               |                      | _____                      |
| irregular              | Cáncer de piel        |                      | _____                      |
| Marcapasos             |                       |                      | _____                      |

Explique los artículos circulados (use el papel de atrás, si es necesario): \_\_\_\_\_

Ud usa tabaco?  No  Sí \_\_\_\_\_ por día  En el pasado  
Ud usa alcohol?:  No  Sí \_\_\_\_\_ por día  En el pasado

|   |
|---|
| Staff use:<br>Rev by: _____ Date: _____<br>Rev by: _____ Date: _____<br>Rev by: _____ Date: _____ |
|---|