

PACIENTE FORMULARIO DE HISTORIA DEL LA MEDICINA

Hombre o Mujer (Encierre Circulo)

Aseguransa De Vista _____

Aseguransa Medical _____

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social de Paciente _____
 Telefono de Casa _____ Telefono de Trabajo _____ Numero de Celular _____
 Correo Electronico _____ (Solo se utiliza para proporcionar la oficina resumen de la visita) Status Marital (Encierre en Circulo)
 Language Principal _____ Ethnico _____ Raza _____ Casado Soltero Viudo Divorziado
 Necesidades Especiales _____ Ocupacion _____ Empleador _____
 Manera de Comunicar (Circulo) Telefono Casa Telefono Trabajo Telefono Celular Correo Electronico Texto US Correo

CUENTA RESPONSABLE

Nombre De Paciente o Su Cuenta Responsable (Es Menor de Edad) _____ Masculino o Femenino (Favor Circula)
 Dirrecion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
 Seguro Social # _____ Fecha de Nacimiento _____
 Telefono de Casa _____ Telefono de Trabajo _____ Telefono Celular _____
 Dirrecion Electronico _____ Lugar de Empleo _____

LISTA DE MEDICAMENTOS (Si se Necesita mas Espacio, Favor Poner Una Lista En Otro Papel, Encluye Medicamentos de Tienda.)

Medicamentos	Cuando Empeso	Medicamentos	Cuando Empeso
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HISTORIA SOCIAL

¿La Vision Limite Tus Actividades de tu Diario Vivir (Manejando, Leendo, Deporte, Trabajar, Etc.)? SI NO
 Pon Una Lista Que Es Endicado Para Usted: _____
 ¿Tomas Alcohol? SI NO Asi Es, Cuanto? _____
 Uso De Tabaco SI NO Asi Es, Cigarrillo Cigarro Pipa El Tabaco de Mascar Cuanto Años? _____

HISTORIA MEDICAL

¿Resiente Sirugias o Hospitalisacion? SI NO Quien Es El Doctor Primaria? _____
 Si Es Si Favor Describe: _____
 ¿Alguna Ves As Tenido Una Transfucion De Sangre? SI NO Si Es Que Si, Cuando: _____
 ¿Antes-Durante-Despues Problemas? SI NO Si Es Que Si, Describe: _____

¿ALGUNA VES AS SIDO DEGNOSTICADO POR UNAS DE LOS SIGENTE CONDICIONES?

ROS	Ojos	Orejas, Naris, Boca, Garanta	Eskeletomuscular
Allergica/Immunologico Neg. ____ <input type="checkbox"/> alergica a drogas <input type="checkbox"/> medio ambiente <input type="checkbox"/> artritis reumatoide <input type="checkbox"/> lupus <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____	<input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Degeneracion Muscular <input type="checkbox"/> sirujia <input type="checkbox"/> disordenes inflamatoria <input type="checkbox"/> flashes/floaters <input type="checkbox"/> otros	Neg. ____ <input type="checkbox"/> dentro del oreja <input type="checkbox"/> seno <input type="checkbox"/> perdido oir <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____ Gastrointestinal Neg. ____ <input type="checkbox"/> Crohn's <input type="checkbox"/> colitis <input type="checkbox"/> ulcer <input type="checkbox"/> digestivo <input type="checkbox"/> acides <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____	Neg. ____ <input type="checkbox"/> fibromyalgia <input type="checkbox"/> muscular dystrophy <input type="checkbox"/> osteoarthritis <input type="checkbox"/> osteoporosis <input type="checkbox"/> ankylosing spondylitis <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____
Cardiovascular Neg. ____ <input type="checkbox"/> enfermedad de corazon <input type="checkbox"/> hypertension <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> enfermedad vascular <input type="checkbox"/> alto cholesterol <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____	Respiratorio Neg. ____ <input type="checkbox"/> fuma cigaros <input type="checkbox"/> himno <input type="checkbox"/> bronchitis <input type="checkbox"/> enfisema <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____	Genitourinary Neg. ____ <input type="checkbox"/> STD - viral herpetic, chlamydia <input type="checkbox"/> infeccion de la vejiga <input type="checkbox"/> prostata <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____	Neurological Neg. ____ <input type="checkbox"/> paralisis cerebral <input type="checkbox"/> multiple sclerosis <input type="checkbox"/> parkinson's <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____
Endocrine Neg. ____ <input type="checkbox"/> no insolina dependiente diabetes <input type="checkbox"/> usa insolina para diabetes <input type="checkbox"/> difuncion de la tiroides <input type="checkbox"/> Hormonal dysfunction <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____	Constitutional Neg. ____ <input type="checkbox"/> discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> perdida de peso <input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> fatiga <input type="checkbox"/> trauma <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____	Integumentary Neg. ____ <input type="checkbox"/> eczima <input type="checkbox"/> rosacea <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> cancer de piel <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____	Psychiatric Neg. ____ <input type="checkbox"/> ansiedad <input type="checkbox"/> depresion <input type="checkbox"/> desorden de panico <input type="checkbox"/> schizoprenia <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____
Hematologic/Lymphatic Neg. ____ <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> leukemia <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> medicamentos _____			

HISTORIA DE FAMILIA (Los padres, hermanos o hijos)

Condicion Medical	Y	N	Relacion	Condicion Ocular	Y	N	Relacion
Alta Presion Sangre	Y	N	_____	Glaucoma	Y	N	_____
Diabetes	Y	N	_____	Cataratas	Y	N	_____
Enfermedad Corazon	Y	N	_____	Degeneracion Muscular	Y	N	_____
Cancer	Y	N	_____	Ciego	Y	N	_____
Infarto	Y	N	_____	Otras Condiciones	Y	N	_____
Alto Cholesterol	Y	N	_____				
Enfermedad Rinones	Y	N	_____				