

# HISTORIAL MEDICO

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Historial medico de sus ojos (cirugías de los ojos, glaucoma, lastimaduras, etc.): \_\_\_\_\_

---

Lista de **Medicamentos de los ojos** que usa actualmente (receta y sin receta): \_\_\_\_\_

---

Lista de **enfermedades mayores** y cirugías que ha tenido (diabetes, presión alta, ataque al Corazón, etc.): \_\_\_\_\_

---

Es **alérgico** a algún medicamento? NO SI Si es alérgico a algún medicamento, escriba el nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

---

Lista de **Medicamentos** que toma actualmente: \_\_\_\_\_

---

**HISTORIAL FAMILIAR**

(De parte de Padres, Abuelos, o Hermanos)

Hay alguien en su familia que tenga las siguientes enfermedades? (Encierre en un circulo las enfermedades)  
**Ceguera, Glaucoma, Degeneración Macular, Diabetes, Presión Alta, Derrames, Cáncer, Problemas de la Tiroides, Artritis, etc.:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

Toma licor?..... SI NO Si es SI, cuanto toma? \_\_\_\_\_

Fuma?.....SI NO Si es SI, cuanto fuma? \_\_\_\_\_ Durante cuantos años? \_\_\_\_\_

Cafeina?.....SI NO Si es SI, cuanto toma? \_\_\_\_\_

Drogas recreativas? .....SI NO Si es SI, que tipo? \_\_\_\_\_

**R.O.S.**

Tiene problemas *actualmente* en las siguientes áreas? Si su respuesta es si, por favor de un pequeño detalle adicional de su problema.

	SI	NO	DETALLE ADICIONAL
<b>CONSTITUCION GENERAL</b> (fatiga, fiebre, sudores nocturnos)			
<b>OIDOS, NARIZ, GARGANTA</b> (perdida de la audición)			
<b>RESPIRATORIO</b> (tos, sibilancia, etc.)			
<b>CARDIOVASCULAR</b> (presión en el pecho o molestias, latido irregular del corazón o palpitaciones, etc.)			
<b>ENDOCRINO</b> (intolerancia al frio o al calor, polidipsia, polifagia, poliuria)			
<b>NEUROLOGICOS</b> (mareos, dificultad al caminar, dolor de cabeza, etc.)			
<b>PROBLEMAS DE LA PIEL</b> (salpullido, etc.)			
<b>MUSCULOS, CONJUNTURAS, HUESOS</b> (artralgias, hinchazón de las articulaciones, debilidad muscular, etc.)			
<b>SANGRE</b> (sangrado, moretones, etc.)			
<b>ALERGIAS/ IMMUNOLOGICOS</b> (alergias ambientales, alergias a los alimentos, etc.)			