

Formulario de historial medico

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de cumpleaños: _____

Historial médico: ¿ha tenido alguno de los siguientes?

<u>Sistémica</u>	Si	No	<u>Otro</u>	Si	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos Hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos Autoinmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Labial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatitis/Eccema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Culebrilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Estomacales/ Intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Embarazada (actualmente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Pulmones</u>	Si	No
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema o COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Vascular</u>	Si	No	<u>Historia de los ojos</u>	Si	No
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la córnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prisma en gafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herida de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfermedades de la retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ojo vago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lista de cirugías oculares: _____

¿Usas gotas para los ojos? Si No Nombre de gotas: _____

¿Algún miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes?

Glaucoma: Si No | Degeneración Macular: Si No | Desprendimiento De Retina: Si No

Historia Social

¿Alguna vez has fumado? Si No ¿Consumo de bebidas alcohólicas? Si No ¿Uso de drogas recreativas? Si No

¿actual fumador? Si No

¿Tienes alergias médicas? Si No

<u>Medicamentos</u>		Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los medicamentos o remedios de venta libre.			
<u>Nombre de la droga</u>	<u>Fuerza</u>	<u>Con qué frecuencia uso</u>	<u>Nombre de la droga</u>	<u>Fuerza</u>	<u>Con qué frecuencia uso</u>

Lista de alergias médicas y reacciones: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del personal: _____