

Cuestionario Para Nuevos Pacientes de Oftalmología de Adultos

Si usted no es adulto, por favor solicite un cuestionario pediátrico

¿Quién es su médico general? _____

¿Qué doctor le derivó (refirió) a nuestra clínica? _____

¿Qué problema de los ojos está usted teniendo? Vista desviada Vista Doble Otro: _____

Sus Antecedentes Médicos (Marque todo aquello que corresponda)

- Artritis
 Asma
 Alergias
 Problemas de Sangrado
 Cáncer

- Diabetes
 Tipo _____
 Enfermedad cardíaca
 Anote _____

- Problemas Gastrointestinales
 Anote _____
 Problemas renales
 Problemas pulmonares
 Anote _____
 Trastorno epiléptico
 Problemas de la piel
 Anote _____
 Derrame

- Problemas de la tiroides
 Anote _____
 Problemas urinarios
 Anote _____

Sus antecedentes de salud ocular (Marque todo aquello que corresponda)

- Ambliopía (Ojo perezoso) D I
 Cataratas D I
 Vista desviada
 Enfermedad ocular diabética
 Párpado caído D I

- Glaucoma D I
 Lentas
 Lesión del ojo D I
 Desprendimiento de retina D I

- _____

Hospitalizaciones:

Cirugías:

Antecedentes Familiares de Salud (Marque todo aquello que corresponda y la relación con la persona)

- Asma
 Problemas de sangrado
 Cáncer
 Anote _____
 Problemas del colesterol
 Diabetes
 Enfermedad cardíaca

- Alta presión en la sangre
 Enfermedad del hígado
 Enfermedad pulmonar
 Enfermedad mental
 Anote _____
 Trastornos musculares
 Enfermedad de célula falciforme
 (Drepanocitosis)

- Derrame
 Problemas de la tiroides

Antecedentes Sociales:

¿Qué tipo de trabajo realiza usted? _____ Estado civil: _____

¿Existen algunos asuntos sociales particulares que debamos conocer? _____

Anote si usted es alérgico(a) a algún medicamento:

Enumere los medicamentos que usted está tomando (Use el reverso de la hoja si lo necesita o muéstrenos su lista personal para revisarla):

Nombre de la Medicina	Dosis	Frecuencia con que la toma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Revisión de Sistemas: ¿Está usted experimentando alguno de los siguientes problemas al momento?

Explicación de los Síntomas

OIDOS, NARIZ Y GARGANTA () Si () No
Perdida auditiva, infecciones de oído, tos crónica, etc. _____

CARDIOVASCULAR () Si () No
Problemas del corazón o los vasos sanguíneos _____

RESPIRATORIO () Si () No
Asma, dificultades respiratorias, etc. _____

GASTROINTESTINAL () Si () No
Problemas digestivos o intestinales _____

GENITO URINARIO () Si () No
Infecciones urinarias, enfermedad de los riñones _____

MUSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES () Si () No
Artritis reumatoide juvenil,
Problemas ortopédicos, etc. _____

PIEL () Si () No
Acné, verrugas (mezquinos), molusco, etc. _____

NEUROLOGICO () Si () No
Dolores de cabeza, hidrocefalia, etc. _____

PSIQUIATRICO () Si () No
Ansiedad, depresión, etc. _____

ENDOCRINO () Si () No
Complicaciones de Diabetes, enfermedad tiroidea, etc. _____

SANGRE, LINFATICO () Si () No
Anemia, colesterolemia, etc. _____

ALERGICO/INMUNOLOGICO () Si () No
Fiebre de heno, alergias, lupus, etc. _____

COMENTARIOS _____

Firma de Paciente

Fecha