

# CUESTIONARIO / HISTORIAL DEL PACIENTE

DR. ADOLPHUS ANOSIKE. O.D.

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

## ■ INFORMACION PERSONAL DE LA VISTA

Usa lentes para ver? S / N  
Usa lentes de contacto? S / N Última vez que los cambió \_\_\_\_\_ Fecha de su última vacuna contra el tétano \_\_\_\_\_  
Tiene glaucoma? S / N  
Ha sido operado de cataratas? S / N  
Cuál ojo Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_ Fecha de la cirugía \_\_\_\_\_ Cirujano \_\_\_\_\_  
Ha tenido otra cirugía o enfermedad de los ojos? S / N  
Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_ Fecha de la cirugía \_\_\_\_\_ Cirujano \_\_\_\_\_

## ■ HISTORIAL MEDICO

Nombre de su doctor \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Nació Ud. prematuramente? S / N Comentarios:  
Alguna vez ha sufrido de lo siguiente: Enfermedad en las articulaciones, artritis? S / N  
Pérdida de peso, fiebre? S / N Enfermedad de la piel, cáncer del seno? S / N  
Dolores de cabeza, sinus, tonsilectomía? S / N Ataque o enfermedad neurológica? S / N  
Problemas del corazón? S / N Desórdenes psicológicos? S / N  
Colesterol? S / N Lupus? S / N  
Presión alta? S / N Sarcoidosis? S / N  
Problemas de circulación? S / N Enfermedad de la Tiroides? S / N  
Enfermedad del pulmón? S / N Diabetes, si es sí, por cuánto tiempo? S / N \_\_\_\_\_  
Enfermedad de úlceras, hígado, vesícula? S / N Fecha de su último exámen de azúcar en la sangre? S / N \_\_\_\_\_  
Fuma? S / N Desórdenes de sangrado, anemia? S / N  
Toma? S / N SIDA o infecciones? S / N  
Enfermedad del riñón, vejiga, próstata? S / N Cáncer? S / N  
Mencione TODAS las medicinas que actualmente está tomando, incluya gotas para los ojos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Mencione si tiene alergia a alguna medicina \_\_\_\_\_  
Otra cirugía, enfermedad, u hospitalización no mencionada anteriormente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ■ HISTORIAL FAMILIAR

Hay algún historial familiar de: Hipertensión S / N Familiar \_\_\_\_\_  
Cataratas S / N Familiar \_\_\_\_\_ Anemia S / N Familiar \_\_\_\_\_  
Glaucoma S / N Familiar \_\_\_\_\_ Degeneración macular S / N Familiar \_\_\_\_\_  
Enfermedad de la Retina S / N Familiar \_\_\_\_\_ Desprendimiento de retina S / N Familiar \_\_\_\_\_  
Diabetes S / N Familiar \_\_\_\_\_ Otra enfermedad ocular S / N Familiar \_\_\_\_\_

Orientation: Person Y / N Place Y / N Time Y / N

Mood-Affect: Appropriate \_\_\_\_\_ Abnormal \_\_\_\_\_ Appropriate \_\_\_\_\_ Abnormal \_\_\_\_\_

ROS: Reviewed \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ ROS: Reviewed \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

ROS: Reviewed \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ ROS: Reviewed \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_