

FORMULARIO DE INFORMACIÓN MEDICA



Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Usted usa anteojos o lentes de contacto? Si No ¿Si es si, Por cuanto tiempo? _____

Por favor ✓ si alguno de los siguientes aplican a usted y la fecha cuanto primero ocurrió:

PROBLEMAS MEDICOS

Condición	Por favor ✓	Fecha	Condición	Por favor ✓	Fecha
Alzhéimer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Sarcoidosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Asma/COPD/Bronquitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Cáncer – tipo _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Ataques	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Diabetes – tipo _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Sífilis/Gonorrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Otros Problemas Médicos (Favor de listar)		
Lesión en la Cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		
VIH Positivo/SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		
Enfermedad de Riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		
Lupus	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		
Migraña	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		

HISTORIAL QUIRÚRGICO

¿Ha tenido usted cirugía **general**? Si No

Favor de listar:

Cirugía	Fecha	Cirujano/Hospital
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ha tenido usted cirugía de ojos? Si No

Favor de listar (incluirla cirugía de laser o parpado):

Cirugía	Fecha	Cirujano/Hospital
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MEDICAMENTOS (Favor de Listar)

Nombre	Dosis
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Es alérgico a algún medicamento, anodiné, látex o anestesia?

Si No Si es **si**, favor de listar abajo:

¿Usted requiere antibióticos antes de trabajo dental o cirugía?

Si No

PROBLEMAS MEDICOS DE FAMILIA

Algún miembro familiar tiene:	Favor ✓	Pariente
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Ambliopía/Estrabismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Otro (Listar): _____		

HISTORIAL SOCIAL

¿Está usted embarazada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted fuma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted toma alcohol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted toma cafeína?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted usa drogas ilegales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Esto es para certificar, yo el abajo firmante, consentimiento a exanimación y tratamiento. Esta información y cualquier fotografía pueden ser usadas para ciencia y propósitos educacionales. Yo por lo presente autorizo a Atlantis Eyecare de dar información a mi portador de aseguranza, empleador, medico refiriendo, u otro médico acerca de mi tratamiento y/o enfermedad. Yo transfiero asignación de todos mis beneficios de aseguranzas a Atlantis Eyecare por servicios, tratamiento, suministros o cirugías proveídas por médicos o personal. Yo entiendo que **YO SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER CANTIDAD QUE MI ASEGURANZA NO CUBRA.**

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

Revisión Médica de Sistemas



Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿USTED ACTUALMENTE TIENE ALGUN PROBLEMA EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AREAS?

Marque Solamente las Cajas que son Si. No es necesario marcar las cajas que es NO

OJOS	
Pérdida de Visión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Perdida de Visión de Lado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Visión Distorsionada o Halos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Visión Fluctuante	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Parpadeos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Flotadores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de Ojo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Visión Doble	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cruzando o Derivando lo Ojos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Descarga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sensación de Cuerpo Extraño	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sensación Arenosa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sequedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Comezón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ardor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lagrimo Excesivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Brillo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Orzuelo (Grano en el Ojo)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro _____	

CONSTITUCIONAL	
Fiebre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Aumento de Peso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

PIEL	
Erupciones o cambios en color de Piel	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Comezón o Sequedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cambio en las Unas o Pelo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

OIDOS, NARIZ, BOCA & GARGANTA	
Dificultad para escuchar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Zumbido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vértigo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Congestión Nasal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nariz con Moqueo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Goteo Post-Nasal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hemorragia Nasal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sequedad de Garganta/Boca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ronquera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Claudicación de Mandíbula	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

CARDIOVASCULAR	
Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro _____	

RESPIRATORIO	
Toz	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Falta de Aliento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sibilancias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

GASTROINTESTINAL	
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vomito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Acidez	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nausea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

GENITO-URINARIO	
Frecuencia para Orinar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor o Ardor al Orinar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hombres	
Secreción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lesión o Masas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mujeres	
Actualmente Embarazada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Masas en el Seno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Secreción de Seno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sangrado Vaginal/Secreción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

MUSCULOESQUELETAL	
Dolor de Articulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hinchazón de Articulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de Musculo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Calambre de Musculo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

NEUROLÓGICO	
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Adormecimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hormigueo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Debilidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Parálisis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desmayo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pérdida de Conocimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

PSIQUIÁTRICO	
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro _____	

ENDOCRINO	
Intolerancia a el calor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Intolerancia al Frio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sed Excesiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hambre Excesiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

HEMATOLOGÍA	
Hematomas Fácil	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sangrado Fácil	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hinchazón de Ganglios Linfáticos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

ALERGIAS	
Alergias Estacionales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Notas/Comentarios Adicionales: