

## Cuestionario de Historia Médica

Por favor ayúdenos ayudando a contestar todas las preguntas a lo mejor de su conocimiento.  
Medicare y las compañías de seguros comerciales requieren este formulario debe ser llenado completamente para recibir los beneficios.

+++++

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Apellido) (Primer) (Inicial)

Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
(# de Apartamento)

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Raza/Etnicidad \_\_\_\_\_ Lenguaje(s) que se habla en casa: \_\_\_\_\_

Paciente menor de edad, Nombre del Guardián: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que la(o) refirio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de último examen de vista: \_\_\_\_\_

+++++

¿Tiene actualmente algún problema en las siguientes áreas?

Ojos	Sí	No		Sí	No
Pérdida de visión	[ ]	[ ]	Dificultad para manejar	[ ]	[ ]
Mala visión nocturna	[ ]	[ ]	Secreción mucosa	[ ]	[ ]
Enrojecimiento	[ ]	[ ]	Cataratas previamente diagnosticadas	[ ]	[ ]
Cirugía del musculo ocular	[ ]	[ ]	Desprendimiento de retina	[ ]	[ ]
Visión borrosa	[ ]	[ ]	Infecciones recientes	[ ]	[ ]
Dificultad para leer	[ ]	[ ]	Dolor de ojos	[ ]	[ ]
Dificultar viendo televisión	[ ]	[ ]	Sensibilidad a la luz	[ ]	[ ]
Halos (Sombras)	[ ]	[ ]	Sensación de objeto en el ojo	[ ]	[ ]
Exceso de lagrimeo	[ ]	[ ]	Puntos o círculos negros flotantes	[ ]	[ ]
Pérdida de visión	[ ]	[ ]	Comezón, Ardor	[ ]	[ ]
Visión doble	[ ]	[ ]	Luces parpadeantes	[ ]	[ ]
Resequedad ojos arenosos	[ ]	[ ]	Ojos cansados	[ ]	[ ]
Síndrome de Sjogren	[ ]	[ ]			

¿Usa Lentes? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo a tenido su par actual? \_\_\_\_\_

¿Usa lentes de contacto? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo a tenidos su par actual? \_\_\_\_\_

**Por favor continúe en la siguiente página**

¿Por favor díganos en sus propias palabras que lo trae a nuestra oficina hoy?

**Historial Médico:** Si tiene ahora o en el pasado problemas en cualquiera de estos por favor incluya una breve descripción.

Fiebre, pérdida de peso \_\_\_\_\_

Oído, Nariz, Boca y Garganta \_\_\_\_\_

Alta presión sanguínea \_\_\_\_\_

Enfermedad del corazón \_\_\_\_\_

Respiratorio \_\_\_\_\_

Gastrointestinal \_\_\_\_\_

Genitourinario \_\_\_\_\_

Músculos, Huesos \_\_\_\_\_

Piel \_\_\_\_\_

Neurologico \_\_\_\_\_

Psiquiatrico \_\_\_\_\_

Endocrino \_\_\_\_\_

Hematológico/Linfático (Sangre) \_\_\_\_\_

Alérgico/Inmunológico \_\_\_\_\_

**Por favor liste todas las cirugías mayores y enfermedades pasadas:**

**Por favor liste cualquier cirugía ocular (Lasik, Cataratas)**

**Nombre del Médico Primario o Internista:** \_\_\_\_\_

**Historial Familiar:**

¿Hay algún problema de salud o enfermedad que corra en su familia? (Incluya cataratas, glaucoma, degeneración macular) Si es así, por favor indique la condición y el miembro de la familia.

**Por favor continúe en la siguiente página**

**Historial Social:**

¿Bebes alcohol? \_\_\_\_\_ ¿Si "sí", cuantos vasos al día? \_\_\_\_\_

¿Usas tabaco? \_\_\_\_\_ ¿Si "sí", cuánto diario? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha usado tabaco? \_\_\_\_\_ ¿Si "sí", cuando / cuanto tiempo hace que dejo de usarlo? \_\_\_\_\_

¿Si usted era un usuario de tabaco, que métodos utilizo para dejar de usarlo? \_\_\_\_\_

¿Usas cafeína (café, té, soda)? \_\_\_\_\_ ¿Si "sí", cuanto al día? \_\_\_\_\_

¿Usas drogas ilegales? \_\_\_\_\_ ¿Realiza ejercicio regularmente? \_\_\_\_\_

¿Usas suplementos nutricionales / vitaminas? \_\_\_\_\_

Altura actual \_\_\_\_\_ Ft \_\_\_\_\_ In

Peso actual \_\_\_\_\_ Lbs.

**Por favor liste todos los medicamentos que está usando actualmente. Incluya todas las dosis, medidas y su propósito:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**USTED SABE, O ALGUNA VEZ HAS TOMADO FLOMAX?**     Sí     No

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Si "sí", por favor liste todos. ¿Y qué tipo de reacción a tenido o tiene a cada medicamento?

---

---

**Información de Farmacia:** Por favor de proporcionarnos la información de donde más frecuente llena sus recetas.

**Farmacia (o, Pedido por correo)** Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Por favor continúe en la siguiente pagina**

**Reconozco que soy responsable de esta cuenta. Toda la información proporcionada por mí es a lo mejor de mi saber y entender, verdadera y completa, y cualquier información falsa o engañosa que yo proporcione a Des Plaines Eye Physicians & Surgeons, LTD, y todas sus entidades queda exenta de cualquier responsabilidad. Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados se haga a mi o en mi nombre a la organización que se detalla a continuación para cualquier equipo o servicio que me proporcione esa organización. Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para determinar estos beneficios o a los beneficios pagaderos por equipos o servicios relacionados.**

**Firmar:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Médico:** \_\_\_\_\_

**Des Plaines Eye Physicians and Surgeons, Ltd.  
John W. Winkler, M.D.  
940 Lee Street  
Des Plaines, Il 60016  
Telephone (847)299-5501  
Fax(847)299-5505  
goodeyes@att.net**