

Historial médico interino

Date/Fecha _____

Name/Nombre _____ Date of last eye exam _____

What new medications (Rx & OTC) do you currently take? (site exam where most recent complete list of meds is documented)/ ¿Cuáles medicaciones toma actualmente? _____

Do you have any *new* allergies to medications *since your last visit*?/ ¿Tiene alergias *nuevas* desde su última visita? _____

Have you had any major illnesses or injuries *since your last visit*?/ ¿Ha tenido *enfermedades graves* o *lesiones* desde su última visita? _____

Have you had any surgeries *since your last visit*?/ ¿Ha sido operado/a desde su última visita? _____

Do you *currently* have any problems in the following areas? If “YES”, please provide information./ ¿Tiene Ud. problemas en las areas siguientes? Si su respuesta es sí, provea más información.

	SI	NO	EXPLICACION DE PROBLEMA
EYES (Ojos)			
GENERAL/CONSTITUTIONAL (General)			
EAR, NOSE, THROAT (Orejas, nariz, garganta)			
CARDIOVASCULAR			
RESPIRATORY (Respiratorio)			
GASTROINTESTINAL			
GENITAL, KIDNEY, BLADDER (Genital, riñón, vejiga)			
MUSCLES, BONES, JOINTS (Músculos, huesos, articulaciones)			
SKIN (Piel)			
NEUROLOGICAL (Neurológico)			
PSYCHIATRIC (Psiquiátrico)			
ENDOCRINE (Endocrina)			
BLOOD, LYMPH (Sangre, linfa)			
ALLERGIC, IMMUNOLOGIC (Alérgico, inmunológico)			

FAMILY (Familia)

Any *changes* to family medical status (mother, father, sibling, grandparent)?

¿Hay *cambios* en el estatus médico de su familia? (madre, padre, hermanos, abuelos) SI NO

Si su respuesta es sí, describe _____

Social

Changes in employment?/¿*Cambios* en empleo? SI NO

Marital status/Situación matrimonial _____

Living arrangements/¿Con quién vive? _____

Do you drive?/ ¿Maneja? SI NO

Do you have visual difficulty when driving?/ ¿Tiene dificultades visuales para ver mientras que maneje?) SI NO

Do you have problems with night vision?/ ¿Tiene problemas de visión nocturna? SI NO

Do you drink alcohol?/ ¿Toma alcohol? SI NO De vez en cuando 1/día 2-3/día 4+/día

Do you smoke?/ ¿Fuma? SI NO De vez en cuando ½ paq./día 1 paq./día 1+ paq./día

Physician's Signature _____