

Medical History Questionnaire/Cuestionario de historial médico

Name/Nombre _____ Date/Fecha _____

Date of last eye exam/Fecha de su último reconocimiento _____

List of current medications/Lista de medicaciones actuales

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

List of eyedrops/lista de gotas oftálmicas _____

Do you have allergies to medications?/¿Tiene Ud. alergias a medicaciones? Sí No

If yes, list the medications/Si su respuesta es sí, haga una lista de las medicaciones.

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

List all major illnesses/Lista de enfermedades graves

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

List all surgeries you have/Lista de cirugías

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

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.

EYES (Glaucoma, cataract, retinal disease, etc.)	YES	NO	Explanation of Problems/Explicación de problemas
Loss of vision (Pérdida de visión)			
Blurred vision (Visión borrosa)			
Fluctuating vision (Visión oscilante)			
Distorted vision (halos) (Visión distorcionado)			
Loss of side vision (Pérdida de visión periférica)			
Double vision (Visión doble)			
Dryness (Sequedad)			
Mucous discharge (Descarga mucosa/pus)			
Redness (Ojos enrojecidos)			
Sandy or gritty feeling (Sensación arenosa)			
Itching (Ojos que pican)			
Burning (Ojos que escuecen)			
Foreign body sensation (Sensación de cuerpo extraño)			
Excess tearing/watering (Lágrimas excesas)			
Glare/light sensitivity (Resplandor/sensabilidad a luz)			
Eye pain or soreness (Dolor de los ojos)			
Infection of eye or lid (Infección del ojo o párpado)			
Tired eyes (Ojos cansados)			
Crossed/lazy eyes (Ojos cruzados/vagos)			
Drooping eye lids (Párpados caídos)			
Fever (Fiebre)			
Weight loss (Pérdida de peso)			
Other (Otro)			
Hearth, blood vessels (Corazón, vasos sanguíneos)			
Ears, Nose, Throat (Orejas, Nariz, Garganta)			
Asthma, Emphysema, etc. (Asma, enfisema, etc.)			
Stomach ulcer, intestinal disease (úlceras estomacal,			

enfermedad intestinal)			
Genital, kidney, bladder (Genital, riñón, vejiga)			
Muscles, bones, joints (Músculos, huesos, articulaciones)			
Skin (Piel)			
Multiple Sclerosis, etc. (Esclerosis múltiple, etc.)			
Anxiety, depression, insomnia (Ansiedad, depresión, insomnio)			
Diabetes, hyperthyroid, etc. (Diabetes, hipertiroides, etc.)			
Blood, lymph (Sangre, linfa)			
Allergic, immunologic (Alérgico, inmunológico)			
FAMILY HISTORY			
DISEASE/ENFERMEDAD	SI	NO	RELACION AL PACIENTE
Blindness (Ceguera)			
Glaucoma (Glaucoma)			
Arthritis (Artritis)			
Cancer (Cáncer)			
Diabetes (Diabetes)			
Heart disease, high blood pressure (Cardiopatía, tensión sanguínea alta)			
Kidney disease (Enfermedad de riñón)			
Lupus (Lupus)			
Stroke (Apoplejía)			
Thyroid disease (Enfermedad de tiroides)			
Other (Otro)			

SOCIAL HISTORY

Current occupation (Occupación) _____

Education (Educación) _____

Marital status (Situación matrimonial) _____

With whom do you live? (¿Con quién vive Ud.?) _____

Do you drive? (¿Maneja Ud.?) _____

Do you have any visual difficulty when driving? (¿Tiene dificultades visuales para ver mientras que maneje?) _____

Do you have problems with night vision? (¿Tiene problemas de visión nocturna?) _____

Have you tried contact lenses? (¿Ha probado lentes de contacto?) _____

Do you currently wear glasses? (¿Lleva Ud. gafas actualmente?) _____

If yes, how long have you had the current prescription? (Si su respuesta es sí, ¿por cuánto tiempo lleva esa receta? _____

Do you drink alcohol? (¿Toma alcohol?) _____

Do you smoke? (¿Fuma?) _____

Have you ever had a blood transfusion? (¿Ha tenido una transfusión de sangre?) _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

Physician's Signature _____

Date _____