

# Miramar Eye Specialists Medical Group

3085 Loma Vista Road • Ventura, CA 93003 • (805) 648-3085 & (805) 648-1825 • Fax (805) 648-7027

## Cuestionario de historia clínica del paciente nuevo

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de su último examen de visión \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Quién lo realizó? \_\_\_\_\_

Enumere los medicamentos que toma actualmente (recetados y de venta libre) \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias a algún medicamento? No Sí Si su respuesta es "Sí", haga una lista de los medicamentos \_\_\_\_\_

¿Es alérgico al látex? No Sí

Enumere las enfermedades importantes (glaucoma, diabetes, presión alta, ataque al corazón, etc.) y/o lesiones (conmoción cerebral, etc.) que ha tenido \_\_\_\_\_

Enumere todas las cirugías que ha tenido (de cataratas, de amígdalas, de apéndice, etc.) \_\_\_\_\_

¿Tiene actualmente algún problema en las áreas a continuación? Si su respuesta es "sí", por favor escriba los detalles del mismo.			
Estado	No	Sí	Detalles
<b>Ojos</b>			
Pérdida de la visión			
Visión borrosa			
Visión oscilante			
Visión distorsionada (halos)			
Sensibilidad al resplandor o a la luz			
Pérdida de la visión periférica			
Visión doble			
Sequedad			
Descarga mucosa			
Ojos enrojecidos			
Sensación arenosa			
Picazón			
Escozor			
Molestia a causa de un cuerpo extraño			
Exceso de lágrimas			
Dolor de ojos			
Infección de ojos o párpados			
Ojos cansados			
Bizco, ojo perezoso			
Párpados caídos			
<b>General/Constitución:</b> Fiebre, pérdida de peso, otro			
<b>Oído/Nariz/Garganta:</b> Nariz tapada, dolor de oído, tos, boca seca, etc.			
<b>Cardiovascular:</b> Hipertensión arterial, taquicardia, etc.			
<b>Respiratorio:</b> Congestión, respira con dificultad, asma, etc.			
<b>Gastrointestinal:</b> Descompuesto del estómago, diarrea, constipación, etc.			
<b>Genitales/Riñones/Vejiga:</b> Orina con dolor, orina frecuente, impotencia, etc.			

- Por favor complete el lado 2 -

Estado	No	Sí	Detalles
<b>Músculos/Huesos/Articulaciones:</b> Dolor en las articulaciones, rigidez, hinchazón, calambres, etc.			
<b>Piel:</b> Granos, verrugas, bultos, sarpullido, etc.			
<b>Neurológico:</b> Entumecimiento, dolor de cabeza, etc.			
<b>Psiquiátrico:</b> Ansiedad, depresión, insomnio			
<b>Endocrino:</b> Diabetes, hipotiroidismo, etc.			
<b>Sangre/Linfa:</b> Colesterolemia, anemia, etc.			
<b>Alérgico/Inmunológico:</b> Estornudos, hinchazón, rojez, picazón, urticaria, etc.			
<b>Mujeres únicamente:</b> ¿Está embarazada?			

Historia familiar							
Estado	No	Sí	Madre	Padre	Hermanos/as	Abuelos/as	
Ceguera							
Glaucoma							
Artritis							
Cáncer							
Diabetes							
Enfermedad cardíaca o hipertensión arterial							
Enfermedad renal							
Lupus							
Accidente cerebrovascular (ACV)							
Enfermedad tiroidea							
Otro:							

### Historia social:

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Educación: Preescolar Escuela primaria Escuela secundaria Universitario

Otro \_\_\_\_\_

Estado civil: Casado/a Divorciado/a Viudo/a Soltero/a Niño/a

Vivienda: Casa propia Con hijo(s) Alquila Hogar de ancianos Vivienda en residencia asistida

¿Maneja? No Sí

¿Tiene alguna dificultad visual cuando maneja? No Sí

¿Tiene problemas de visión nocturna? No Sí

¿Alguna vez trató de usar lentes de contacto? No Sí

¿Usa lentes de contacto actualmente? No Sí Si su respuesta es "sí",

¿hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Usa anteojos actualmente? No Sí Si su respuesta es "sí",

¿desde cuándo tiene esa receta? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? No Sí

¿Toma alcohol? No Sí Si la respuesta es "sí",

Ocasionalmente 1 vez al día 2-3 veces al día 4 o más veces al día

¿Fuma? No Sí Si la respuesta es "sí",

Ocasionalmente ½ paquete por día 1 paquete por día Más de 1 paquete por día

[ ] Kathleen M. Beuttler, M.D.  
 [ ] Michael B. Boggs, Jr., O.D.  
 [ ] Mark A. Brunette, O.D.  
 [ ] Joel M. Corwin, M.D.  
 [ ] John Davidson, M.D.  
 [ ] Daniel A. Ebroon, M.D.

[ ] Christopher Fong, O.D.  
 [ ] Donald a. Frambach, M.D.  
 [ ] Jason Lam, O.D.  
 [ ] Shayna J. Mangers, M.D.  
 [ ] Adam Martidis, M.D.

[ ] W. Colm McHugh, M.D.  
 [ ] Tiffany T. Nguyen, O.D.  
 [ ] Ashish Toor, M.D.  
 [ ] William L. Trotter, M.D.  
 [ ] Andrew Young, M.D.

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_