

Cuestionario de Historia Medica



707 E. Kansas Plaza Garden City, KS 67846
 620-276-3381 fax: 620-275-7507
 Drs. Williams, Gerstberger, Dahl & Hausmann

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de Nac: ____/____/____

Ultimo Oculista: _____

Ultimo examen de ojos: _____

Medico Actual: _____

Ultimo examen Medico: _____

Usted tiene alergia a algun medicamento? Si No si, explique la reaccion y el medicamento: _____

Anote cualquier medicamento que usted tome incluyendo la dosis y frecuencia (incluya anticonceptivos, aspirina, medicamentos sin receta, y otros remedios caseros): _____

Anote todas las lesiones importantes, cirugias y/o hospitalizaciones que usted aya tenido: _____

Revisio de Sistema

Estatura _____ Peso _____

Tiene acualmente, o alguna vez ha tenido algun problema en las siguientes areas?

	Si	No	Inseguro/a		Si	No	Inseguro/a
Constitucional				Psiquiátrico			
Fiebre, cambio de peso en Exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresion/Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular				Endocrino			
Problemas del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependiente de Insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Dependiente de Insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orejas, Nariz, Boca, Garganta				Ultimo Hemoglobina A1C _____ Fecha: _____			
Alergias/Polinosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nivel promedio de azucar en la sangre _____			
Sinusitis (frecuente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garganta/boca seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfático/Hematológico			
Perdida de la audicion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratorio				Desangramiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunológico			
Bronquitis Cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos Cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transplante de Organos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer			
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo: _____			
Gastrointestinal				Tratamiento: _____ Año del diagnóstico _____			
Diarrea/Extremimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Genitourinario							
Genitales/riñon/vesicula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Huesos/Coyunturas/Músculos							
Dolor de músculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dolor de coyuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Desorden de la Piel							
Cancer de la Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Neurológico							
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

¿Usted está embarazada y/o amamantando? Si No Fecha de Parto: _____

¿En el trabajo: ¿Necesita ver detalles finos y cercanos? Si No

¿Necesita lentes de protección? Si No

¿Está al aire libre siempre o parte del tiempo? Si No

¿Está en la computadora 4 o más horas al día? Si No

¿Es sensible a: Luz del sol La pantalla de computadora Las luces de carro

¿Cual pasatiempo o deportes recreativos practica? _____

¿Usa lentes? Si No ¿Si, Cuánto tiempo a tenido sus lentes actuales? _____

¿Cuántos pares de lentes utiliza actualmente? _____

¿Usa lentes de contacto? Si No ¿Si, Cuánto tiempo ha tenido el par actual? _____

Tipo de contacto: Suave Rígido Uso Prolongado

¿Cuánto tiempo usa sus contactos cada día? _____

¿Duerme con sus contactos? Si No ¿Si, frecuencia/cuánto tiempo? _____

¿Con qué frecuencia reemplaza sus contactos? _____

¿Qué tipo de solución de contactos utiliza? _____

¿Son los lentes de contacto confortables? Si No

Historia Ocular del Pasado/Presente ¿Tiene acualmente, o alguna vez ha tenido algún problema en las siguientes áreas?

		Yes
Glaucoma (presión alta en los ojos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Retinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos desviados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna cirugía de ojos:	_____	
Otro	_____	

Historia Social: Esta información se mantiene estrictamente confidencial. Sin embargo, usted puede hablar de esta porción directamente con el medico si usted prefiere: Si, preferiría discutir información directamente con mi médico.

¿Usted maneja? Si No ¿Si, tiene usted dificultad visual al manejar? Si No
 ¿Si, describa por favor: _____

¿Usa tabaco? Si No ¿Si, el tipo/cantidad/por cuánto tiempo: _____

¿Alguna vez ha fumado? Si No ¿Si, fecha qué dejo de fumar: _____

¿Bebe alcohol? Si No ¿Si, el tipo/cantidad/por cuánto tiempo: _____

¿Usa drogas recreativas? Si No ¿Si, el tipo/cantidad/por cuánto tiempo: _____

¿Ha sido expuesto/a alguna vez o infectado/a con:

Gonorrhea Hepatitis VIH Sifilis Nunca/Ninguno

Historia Familiar

¿Ha tenido algún partiente, viviendo o difunto, con cualquiera de estas condiciones?

Enfermedad Ocular/Condición Sistémica	Si	No	Inseguro/a	Relación A Usted
Ambliopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cuegera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad Retinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos desviados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad Endocrina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataques Fulminantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente

Como paciente, está en su mejor interés conocer y comprender los beneficios de sus seguros y su responsabilidad de cualquier deducible, co-seguro o co-pagos antes de cualquier visita. No todos los servicios están cubiertos en todos los contratos de seguros. Además, usted debe estar seguro de que su doctor sea proveedor participante de su compañía de seguros. Si su plan de seguro no cubre un servicio o procedimiento, usted es responsable de los cargos. En el caso de que su seguro no sea válido o su cobertura fuera finalizada en el momento de los servicios prestados, usted será el único responsable por la cantidad completa de su visita al consultorio y/o cualquier procedimiento rendido. Además, si su plan de seguro determina un servicio o procedimiento ser "no cubierto", usted será responsable de los cargos completos de tales servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios no pagados rendidos en mi nombre o mis dependientes, incluso las tarifas de los servicios de recolección necesaria.

Firma: _____

Fecha: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA (Comentarios del doctor)

He revisado este historial con el paciente: _____

Firma del Doctor/Fecha

Notas: _____

