

Fox Valley Ophthalmology
ENCUESTA de la HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

La Fecha de hoy: _____

¿Tiene usted actualmente algún problema en las áreas siguientes? Si "SI," por favor proporcione información:
Explicación de problema: _____

Oídos, nariz, boca, garganta	SI/NO _____
Cardiovascular (presión Alta)	SI/NO _____
Respiratorio (pulmones, respirar)	SI/NO _____
Bronquitis crónica	SI/NO _____
Gastrointestinal, estomago	SI/NO _____
(stomach/intestines)	
Genitourinary(genitals/kidney/bladder)	SI/NO _____
Musculoskeletal (Artritis)	SI/NO _____
Integument (piel pecho)	SI/NO _____
Neurológico	SI/NO _____
Psiquiátrico	SI/NO _____
Endocrino (Diabetes)	SI/NO _____
Hematological/Lymphatics (Sangre)	SI/NO _____
Alérgico y Inmunológico	SI/NO _____

¿Alérgico a cualquier medicación? Por favor indique: _____

Indique cualquier medicación que usted toma: _____

Indique todo las enfermedades, heridas y cirugías que usted ha tenido en el pasado: _____

HISTORIA FAMILIAR Tiene cualquiera de los parientes de sus sangres (o tenía) lo siguiente?_

Relación al Paciente

Ceguedad	SI/NO _____
Glaucoma	SI/NO _____
Degeneración de Macular	SI/NO _____
Desplendimiento la Retina	SI/NO _____
Cáncer	SI/NO _____
Diabetes	SI/NO _____
Enfermedad tiroidea	SI/NO _____
Tuberculosis	SI/NO _____
Otro	SI/NO _____

HISTORIA SOCIAL

Ocupación actual: _____

¿Bebe usted el alcohol? ¿SI/NO Si SI, cuántos lentes un día? _____

¿Fuma usted? ¿SI/NO Si sí, cuántos condensa un día? _____

PARA el USO del EN-OFICINA SOLO DEBAJO DE la LINEA

1. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____	13. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____
2. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____	14. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____
3. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____	15. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____
4. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____	16. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____
5. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____	17. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____
6. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____	18. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____
7. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____	19. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____
8. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____	20. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____
9. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____	21. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____
10. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____	22. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____
11. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____	23. <input type="checkbox"/> No chg <input type="checkbox"/> Add'ns	Date _____ /Initials _____

12. No chg Add'ns Date _____/Initials _____

24. No chg Add'ns Date _____/Initials _____
Rev:1/02