

PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY
MARTIN E. LEDERMAN, M.D.
CAROLYN R. LEDERMAN, M.D.
GENNIFER J. GREEBEL, M.D.

HISTORIA MEDICA/MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

Nombre del Paciente _____
(Patient Name)

FECHA _____
(Date)

¿Su hijo tiene algún problema en las siguientes áreas?
(Does your child have any problems in the following areas?)

	Sí	N
Piel/Skin		
Cabeza/Head		
Orejas/Ears		
Nariz/Nose		
Boca/Mouth		
Garganta/Throat		
Neck/Cuello		
Respiratorio (Pulmones)/Respiratory		
Corazon/Cardiovascular		
Hígado, Estómago/Gastrointestinal		

	Sí	N
Infecciones Urinarias, Riñón/Genitourinary		
Huesos, Conjunturas (Artritis)/Bones, Joints		
Lymphatic/Linfático (Nódulos Linfáticos / Inflamación)		
Sangre (Tendencia a Sangrar)/Blood		
Alergias/Inmunológica (Allergy/Immunology)		
Hipertensión (Problemas de la Presión)/Hypertension		
Enfermedades De Las Tiroides/Thyroid Disease		
Enfermedades Infecciosa(Varicela, las Paperas)/Infectious Diseases		
La Diabetes/Diabetes		
Psiquiátricos/Psychiatric		

¿Su hijo tiene alguna enfermedades graves? (Does your child have any major illnesses?)
¿Ha sido su hijo hospitalizado? (Has your child ever been hospitalized?)
¿Su hijo ha tenido una cirugía? (Has your child had surgery?)
¿Está su hijo tomando algún medicamento? (Is your child on any medications?)
Si la respuesta es sí, por favor indique. (If yes, please list.)

Sí NO
Sí NO
Sí NO
Sí NO

¿Tiéné El Niño Algún Alergias A Los Medicamentos?
(Is your child allergic to any medications?)

Sí NO

FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIAR

¿Su hijo es adoptado? Sí No
(Is your child adopted?)

	Sí	N
Ceguera/Blindness		
Cataratas/Cataract		
Glaucoma/Glaucoma		
Degeneración Macular/Macular Degeneration		
Desprendimiento de la Retina/Retinal Detachment		
Estrabismo (Ojos Cruzados)/Strabismus		
Ambliopía (Ojos Vagos)/Amblyopia		

	Sí	N
Enfermedades del corazón/Hipertensión (Heart Disease/Hypertension)		
Cancer/Cancer		
Enfermedades Renales/Kidney Disease		
Enfermedades Del Hígado/Liver Disease		
Enfermedades de la Tiroides/Thyroid Disease		
El Trazo (Ataque Fulminante)/Stroke		
Otras Enfermedades/Other		

FIRMA DEL MÉDICO (PHYSICIAN'S SIGNATURE) _____
FECHA (Date) _____

