

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

MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE/HISTORIA MEDICA

PATIENT NAME _____

(Nombre del Paciente)

DATE _____

(Fecha)

Does your child have any problems in the following areas?

(¿Su hijo tiene algún problema en las siguientes áreas?)

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

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

Does your child have any major illnesses? (¿Su hijo tiene alguna enfermedades graves?)

Sí NO

Has your child ever been hospitalized? (¿Ha sido su hijo hospitalizado?)

Sí NO

Has your child had surgery? (¿Su hijo ha tenido una cirugía?)

Sí NO

Is your child on any medications? (¿Está su hijo tomando algún medicamento?)

Sí NO

If yes, please list. (Si la respuesta es sí, por favor indique.)

Is your child allergic to any medications?

Sí NO

(¿Tiéné El Niño Algún Alergias A Los Medicamentos?)

FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIAR

Are there any diseases in the family?

(¿Hay Alguna Enfermedad En La Familia?)

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

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

PHYSICIAN'S SIGNATURE _____

DATE _____

