

OFTAMOLOGIA PEDIATRICA
MARTIN E. LEDERMAN, M.D.
CAROLYN R. LEDERMAN, M.D.
GENNIFER J. GREEBEL, M.D.
DARRON A. BACAL, M.D.

CUESTIONARIO DE HISTORIA MEDICA PARA ADULTOS

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DATE _____

Do you have any problems in the following areas?

¿Tienes algún problema en las siguientes áreas?

	S	N
Skin/Piel		
Head/Cabeza		
Ears/Orejas		
Nose/Nariz		
Mouth/Boca		
Throat/Garanta		
Neck/Cuello		
Respiratory/Respiratorio (pulmones, asma)		
Cardiovascular/Cardiovascular (corazón, vasos sanguíneos)		
Gastrointestinal (Estomago, Hígado)		

	S	N
Genitourinario de la piel (infecciones urinarias, riñón)		
Bones/Joints Huesos de la cabeza, articulaciones (artritis)		
Lymphatic/Linfáticas (ganglios linfáticos, hinchazón)		
Blood/Sangre (Tendencia Sangrante)		
Allergy/Alergia Bucal / Inmunología		
Hypertension/Hipertensión		
Thyroid Disease/Enfermedad de la tiroides		
Infectious Dis./Infeccioso (varicela, paperas, hepatitis, tuberculosis)		
Diabetes/La Diabetes		
Psychiatric/Psiquiátrico		

Do you have any major illnesses?/¿Tienes alguna enfermedad grave?

SÍ / No

Have you ever been hospitalized?/¿Alguna vez ha sido hospitalizado?

SÍ / No

Have you evr had surgery?/¿Alguna vez ha tenido una cirugía?

SÍ / No

Are you on any medications?/¿Estás tomando algún medicamento?

SÍ / No

If yes, please list/ En caso afirmativo, indique

Are you allergic to any medications?/¿Es usted alérgico a algún medicamento?

SÍ / No

If yes, please list/ En caso afirmativo, indique

FAMILY HISTORY

	SÍ	N
Blindness/Ceguera		
Cataracts/de catarata		
Glaucoma/Glaucoma		
Macular Degeneration/Degeneración Macular		
Retinal Detachment/Desprendimiento de la Retina		
Strabismus/Estrabismo (Ojo cruzado / errante)		
Amblyopia (Lazy Eye)Ambliopía (Ojos Vagos)		

	SÍ	N
Heart Disease/HypertensionEnfermedad cardíaca/Hipertensión		
Cancer/Cáncer		
Kidney Disease/Enfermedades Renales		
Liver Disease/Enfermedades Del Hígado		
Thyroid Disease/Enfermedades de la Tiroides		
Stroke/El Trazo (Ataque Fulminante)		
Other/Otras Enfermedades		

SOCIAL HISTORY

Present occupation _____

Do you smoke?/¿Fumas?

SÍ / No If yes, how many packs per day?/En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? _____

Do you drink alcohol?/¿Bebes alcohol?

SÍ / No If yes, how many drinks per day?/En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas al día? _____

Do you use street drugs?/¿Usas drogas ilegales?

SÍ / No If yes, please indicate what?/En caso afirmativo, indique qué. _____

PHYSICIAN'S SIGNATURE _____

DATE _____