

Cuestionario de historial médico del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

dirección: _____

ciudad, estado, Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Número de Seguro Social: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Médico de referencia: _____

Queja principal

¿Qué es lo principal que te está molestando con respecto a tus ojos? _____

¿Te molestan las bolsas debajo de los ojos y los párpados caídos o deseas que estuvieran más abiertos? Y / N

Historia de la enfermedad actual

¿Cuánto tiempo ha tenido este problema? _____

¿Está mejorando, empeorando o manteniéndose igual? _____

¿Qué tratamientos has probado para este problema? _____

¿Qué otra enfermedad ocular o cirugía has tenido? _____

Historial médico pasado

Enumere las enfermedades por las que está recibiendo tratamiento actualmente o por las que ha recibido tratamiento en el pasado: _____

Enumere los procedimientos quirúrgicos a los que se ha sometido: _____

Medicamentos actuales

Enumere todas las alergias a los medicamentos: _____

Problemas cardíacos Sí No

- _____ Dolor en el pecho por esfuerzo
_____ Latidos cardíacos rápidos
_____ Latidos cardíacos irregulares
_____ Incapacidad para acostarse plana
_____ Sensación palpitante del corazón
_____ Otros (especificar)
- _____

Problemas gastrointestinales Sí No

- _____ Ictericia
_____ Dolor de estómago
_____ Estreñimiento
_____ Heces negras
_____ Diarrea frecuente
_____ Otros (especificar)
- _____

Problemas genitourinarios Sí No

- _____ Dolor al orinar
_____ Problemas para retener la orina
_____ Sangre en la orina
_____ Micción frecuente
_____ Embarazada ahora
_____ Otros (especificar)
- _____

Problemas de los vasos sanguíneos Sí No

- _____ Dolor en las piernas al caminar
_____ Manos rígidas y frías
_____ Hechizos de apagón
_____ Otros (especificar)
- _____

Problemas respiratorios Sí No

- _____ Sibilancias
_____ Toser sangre
_____ Dificultad para respirar
_____ Otros (especificarse)
- _____

Problemas de piel o mama Sí No

- _____ Erupciones que no desaparecen
_____ Nuevo crecimiento en la piel
_____ Bultos en las mamas
_____ Sangre o secreción leve del pezón
_____ Otros (especificar)
- _____

Problemas musculoesqueléticos Sí No

- _____ Hinchazón de las articulaciones
_____ Dolor en las articulaciones
_____ Incapacidad para hacer cierto movimiento
_____ Debilidad muscular
_____ Otros (especificarse)
- _____
