

## 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)
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_