

# NORTH CAROLINA RETINA

Historia médica



**Nombre:** \_\_\_\_\_

## Historial Familiar (solamente padre, madre, hermanos o abuelos ) Por Favor Circule.

Ceguera	<u>Sí</u> <u>No</u>	Relación _____
Desprendimiento de Retina	<u>Sí</u> <u>No</u>	Relación _____
Degeneración Macular	<u>Sí</u> <u>No</u>	Relación _____
Glaucoma	<u>Sí</u> <u>No</u>	Relación _____
Diabetes	<u>Sí</u> <u>No</u>	Relación _____
Hipertensión	<u>Sí</u> <u>No</u>	Relación _____
Problemas del Corazón	<u>Sí</u> <u>No</u>	Relación _____
Otras Enfermedades Sistémicas o del Ojo	<u>Sí</u> <u>No</u>	Relación _____
Historial Desconocido (razón)	<u>Sí</u> <u>No</u>	Relación _____

## Historial Social

Ocupación Actual \_\_\_\_\_ o Jubilado de \_\_\_\_\_

Uso de Tabaco Sí No Duración Usando Tabaco \_\_\_\_\_

Uso de Alcohol Sí No Cuánto y con que Frecuencia \_\_\_\_\_

Uso de Drogas Ilícitas Sí No

¿Ha Estado Expuesto a una Enfermedad de Transmisión Sexual? Sí No

¿Está Embarazada? Sí No

## Historial Médico del Paciente (Marque sí/no. Si sí, por favor explique)

Oído/Nariz/Garganta Sí No \_\_\_\_\_

Cardiovascular Sí No \_\_\_\_\_

Presión Arterial Alta Sí No \_\_\_\_\_

Pulmón Sí No \_\_\_\_\_

Gastrointestinal Sí No \_\_\_\_\_

Genitourinario/Ginecológico Sí No \_\_\_\_\_

Músculo-esquelético (artritis) Sí No \_\_\_\_\_

Piel Sí No \_\_\_\_\_

Pecho Sí No \_\_\_\_\_

Neurológico Sí No \_\_\_\_\_

Psiquiátrica Sí No \_\_\_\_\_

Endocrinológico (diabetes) Sí No \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha sido diabético? \_\_\_\_\_

Resultado de su ultima prueba de azucar en la sangre \_\_\_\_\_

Ultima hemoglobina A1c \_\_\_\_\_

Sangre/linfático Sí No \_\_\_\_\_

Cáncer **Sí No** \_\_\_\_\_

Inmunológicas **Sí No** \_\_\_\_\_

**Historial Medico del Paciente (Marque sí/no. Si sí, por favor explique)**

Enfermedad Grave/Hospitalización **Sí No** \_\_\_\_\_

Cirugía **Sí No** \_\_\_\_\_

**Historial Ocular del Paciente**

Usa Anteojos/Lentes de Contacto **Sí No** \_\_\_\_\_

Problemas con Visión Nocturna **Sí No** \_\_\_\_\_

Trauma Ocular **Sí No** \_\_\_\_\_

¿Tiene Glaucoma? **Sí No** \_\_\_\_\_

Cirugía Ocular **Sí No** **Cuando** \_\_\_\_\_ **Cirujano** \_\_\_\_\_

Cirugía con Láser **Sí No** **Cuando** \_\_\_\_\_ **Cirujano** \_\_\_\_\_

Otras Enfermedades de Los Ojos **Sí No** \_\_\_\_\_

Desprendimiento de Retina **Sí No** \_\_\_\_\_

Ojo Perezoso **Sí No** \_\_\_\_\_

**Medicamentos (Enumere TODOS los medicamentos que esta tomando ACTUALMENTE)**

¿Toma Aspirina? **Sí No**

¿Toma Vitaminas? **Sí No**

Doctor de Diabétes(si aplica) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Gotas para el ojo (anote las gotas para ojos que utiliza ACTUALMENTE)**

Alergias a Medicamentos	¿Tiene alergia a los mariscos? <b>Sí No</b>
_____	¿Tiene alergia a yodo? <b>Sí No</b>
_____	
_____	