**CUESTIONARIO MÉDICO**

**(Toda la información proporcionada es confidencial)**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO REFIERE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TIENE ALGÚN PROBLEMA COMO:**

DIABETES SI NO

ALTA PRESION SI NO

**CANCER DE:**

MAMA SI NO

PROSTATA SI NO

COLON SI NO

OTRO CÁNCER: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALERGIAS A:**

 LATEX

 SULFA

 PENICILINA

 OTRA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALERGIAS ESTACIONALES** SI NO

**CARDIOPATIA:**

 CIRUGÍA DE BYPASS SI NO

 ANGIOPLASTIA SI NO

 ATAQUE CARDIACO SI NO

 INSUFICIENCIA CARDIACA SI NO

 ANGINA/DOLOR DE PECHO SI NO

 SOPLO CARDIACO SI NO

 RITMO IRREGULAR SI NO

**ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS:**

 TIA’S SI NO

 ACV SI NO

CONVULSIONES SI NO

 ENFERMEDAD CAROTIDA SI NO

 CIRUGIA ARTERIA CAROTIDA SI NO

 DOLOR DE CABEZA FRECUENTE SI NO

**ENFERMEDAD DE LA CIRCULACIÓN:**

 COAGULOS DE SANGRE SI NO

 PROBLEMAS DE SANGRADO SI NO

**ENFERMEDAD DEL ESTOMAGO/INTESTINAL:**

 INTESTINO INFLAMATORIO SI NO

 OTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENFERMEDAD OSEA:**

 OSTEOPOROSIS SI NO

**ENFERMEDAD DE TIROIDES** SI NO

**ENFERMEDAD PULMONAR:**

DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI NO

 ASMA SI NO

 EMFISEMA SI NO

 BRONQUITIS SI NO

 TUBERCULOSIS SI NO

**ENFERMEDAD DEL RIÑÓN/VEJIGA** SI NO

**ARTRITIS:**

 REUMATOIDES SI NO

OSTEOARTRITIS SI NO

**ENFERMEDADES OCULARES/ANTECEDENTES:**

 LESIONES OCULARES SI NO

 CEGUERA SI NO

 CATARATA SI NO

 GLAUCOMA SI NO

 DEGENERACIÓN MACULAR SI NO

 DESPRENDIMIENTO DE RETINA SI NO

OJO PEREZOSO(AMBLIOPÍA) SI NO

 OJO ERRANTE SI NO

 DEFICENCIA EN VISION DE COLOR SI NO

 USO DE LENTES DE CONTACTO SI NO

**CIRUGIAS DEL OJO:**

LASER:

(DERECHA/IZQUIERDA) SI NO

 CATARATA:

(DERECHA/IZQUIERDA) SI NO

 LASIK/RK:

(DERECHA/IZQUIERDA) SI NO

 OTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUEJAS DE LOS OJOS:**

 DOLOR DE LOS OJOS SI NO

 VISION BORROSA SI NO

 VISION DOBLE SI NO

 FLOTADORES SI NO

 PARPADEO DE LUCES SI NO

 PICAZON EN EL OJO SI NO

**LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CIRUGÍAS MAYORES, LESIONES, Y HOSPITALIZACIONES CON FECHAS APROXIMADAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**QUIEN ES SU MÉDICO DE FAMILIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿HA FUMADO CIGARRILLOS/TABACO?** SI/NO EMPEZO (AÑO)\_\_\_\_\_ TÉRMINO (AÑO)\_\_\_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** CASADO SOLTERO OTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RETIRADO?** SI/NO

**POR FAVOR CIRCULE CUALQUIERA DE LAS ISGUIENTES ENFERMEDADES SI OCURREN EN SUS MIEMBROS DE LA FAMILIA:** GLAUCOMA, CATARATA, OJO VAGANTE, OJOS PEREZOSOS, DEGENERACION MACULAR, DIABETES, PRESION ARTERIAL ALTAM ENFERMEDADES CARDIACAS