**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