

CUESTIONARIO MÉDICO
(Todo la información es confidencial)

Nombre: _____

Fecha: _____

Médico que refiere: _____

¿Tiene un historial médico de:

DIABETES SI NO
ALTA PRESION SANGUINEA SI NO

Cancer de:

PECHO SI NO
PRÓSTATA SI NO
COLON SI NO

OTRO CANCER: _____

Alergias:

LÁTEX SI NO
SULFA SI NO
PENICILINA SI NO
OTRA MEDICINA _____

Enfermedad del seno/fiebre de heno: SI NO

Enfermedad del corazón:

CIRUGÍA DE BYPASS SI NO
ANGIOPLASTIA SI NO
ATAQUE AL CORAZÓN SI NO
INSUFICIENCIA CARDÍACA SI NO
ANGINA (DOLOR DEL PECHO) SI NO
SOPLO CARDIACO SI NO
IRREGULAR RITMO SI NO

Enfermedades neurológicas:

ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO SI NO
DERRAME CEREBRAL SI NO
ATAQUE EPILEPTICO SI NO
ENFERMEDAD DE ARTERIA CARÓTIDA SI NO
CIRUGIA DE ARTERIA CARÓTIDA SI NO
DOLOR DE CABEZA SI NO

Enfermedad de circulación:

COÁGULO DE SANGRE SI NO
PROBLEMAS DE SANGRADO SI NO

Enfermedad intestinal y de estomago:

SÍNDROME DE INTESTINO INFLAMATORIA SI NO
OTRO: _____

Enfermedad de huesos:

OSTEOPOROSIS SI NO

Medicamentos de ojos y otros medicamentos: _____

Problemas oculares:

DOLOR SI NO
VISION BORROSA SI NO
VISION DOBLE SI NO
MOSCAS VOLANTES SI NO
LUZ PARPADEA SI NO
OJOS QUE PICAN SI NO

Historia de los ojos:

LESIONES EN LOS OJOS SI NO
CEGÜERA SI NO
CATARATAS SI NO
GLAUCOMA SI NO
DEGENERACIÓN MACULAR SI NO
DESPRENDIMIENTO DE RETINA SI NO
AMBLIOPÍA SI NO
MIRADA DISTRAÍDA SI NO
DEFICIENCIA DE COLOR SI NO
UTILIZA CONTACTOS? SI NO

Cirugías de los ojos:

LASER (DERECHO/IZQUIERDO) SI NO
CATARATA(DERECHO/IZQUIERDO) SI NO
GLAUCOMA(DERECHO/IZQUIERDO) SI NO
LASIK/RK (DERECHO/IZQUIERDO) SI NO
OTRO: _____

Enfermedad de tiroides: SI NO

Enfermedad de pulmones:

DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI NO
ASMA SI NO
ENFISEMA SI NO
BRONQUITIS SI NO
TUBERCULOSIS SI NO
FALTA DE AIRE SI NO

Enfermedad de riñón o vejiga: SI NO

Artritis:

REUMATOIDE SI NO
OSTEOARTRITIS SI NO

Cirugías mayores, lesiones y hospitalizaciones con fechas aproximadas: _____

Nombre de su medico de familia: _____

Han fumado cigarillos o tabaco? (SI/NO) Año a partir de fumar:

Año final de fumar:

Ocupación: _____

Retirado? SI NO

Si el paciente es un niño: PESO DE NACIMIENTO _____

PRETÉRMINO? SI NO

Tiene algún problema durante su embarazo? SI NO

Por favor marque cualquiera de las siguientes enfermedades si se producen en los miembros de su familia:

GLAUCOMA, CATARATAS, MIRADA DISTRAÍDA, AMBLIOPÍA, DEGENERACION MACULAR, DIABETES, ALTA PRESION SANGUINEA, ENFERMEDAD DE CORAZON