

**HISTORIA MÉDICA**

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

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

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de ultimo examen \_\_\_\_\_

**Medicaciones** que su hijo(a) toma actualmente: \_\_\_\_\_

Tiene su hijo(a) alergias nuevas a algún medicamento desde su ultima vista? **SI NO**

Liste las medicaciones: \_\_\_\_\_

Sufre de alguna de estas enfermedades (glaucoma, diabetes, presión arterial alta, infartos, etc.) o alguna lesión (contusión, etc.):

Liste si su hijo(a) ha tenido alguna cirugía (catarata, tonsilectomía, apendisectomía):

Tiene algún problema en alguna de las siguientes áreas?:

Si su respuesta es si por favor explique	SI	NO	Descripción
<b>OJOS</b>			
Perdida de visión			
Visión borrosa			
Fluctuación en la agudeza visual			
Visión distorsionada (halos)			
Sensibilidad a la luz			
Perdida de visión periférica			
Visión doble			
Resequedad			
Supuración mucosa			
Enrojecimiento			
Sensación de tener arena o polvillo			
Picazón			
Ardor			
Sensación de tener un cuerpo extraño			
Demasiadas lagrimas/ojos aguados			
Dolor o inflamación en el ojo			
Infección en el ojo o el parpado			
Ojos cansados			
Ojos cruzados			
Parpados caídos			
<b>GENERAL / CONSTITUCION</b> (fiebre, perdida de peso, otro)			
<b>OIDOS, NARIZ, GARGANTA</b> (nariz tupida, dolor de oído, boca seca, etc.)			
<b>CARDIOVASCULAR</b> (presión alta, taquicardias, etc.)			
<b>RESPIRATORIO</b> (congestión, bronquitis, asma, etc.)			
<b>GASTROINTESTINAL</b> (dolor de estomago, diarreas, constipación, etc.)			

(continuación) SI favor explique	SI	NO	Descripción
<b>GENITALES, RINONES, VEJIGA</b> (dolor al orinar, orinar muy frecuente, impotencia, etc.)			
<b>MUSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES</b> (dolor, rigidez, inflamación, calambres, etc.)			
<b>PIEL</b> (alergias, moluscos, granitos, etc.)			
<b>NEUROLOGICO</b> (dolores de cabeza, adormecimiento, etc.)			
<b>PSIQUIATRICO</b> (ansiedad, depresión, insomnio)			
<b>ENDOCRINO</b> (diabetes, hipotiroidismo, etc.)			
<b>SANGRE</b> (colesterolemia, anemia, etc.)			
<b>ALERGICO / INMUNOLOGICO</b> (estornudo, hinchazón, picazón, enrojecimiento, etc.)			

<b>HISTORIA FAMILIAR</b>		M = madre P = padre H = hermano A = abuelos	
Enfermedad	SI	NO	Relación con el Paciente
Ceguera			
Glaucoma			
Artritis			
Cáncer			
Diabetes			
Problemas de corazón o presión alta			
Enfermedad del riñón			
Lupus			
Infartos			
Enfermedad de tiroides			
Otro			

<b>HISTORIA SOCIAL</b>							
Ocupación Presente:	_____						
Educación (bachiller, universidad, título):	_____						
Estatus (casado, divorciado, soltero, viudo):	_____						
Con quien vive:	_____						
Maneja?	SI	NO					
Tiene dificultades al conducir?	SI	NO					
Tiene problemas con su visión en la noche?	SI	NO					
Ha utilizado lentes de contacto?	SI	NO					
Usa actualmente lentes de contacto?	SI	NO	Hace cuanto tiempo?	_____			
Usa actualmente espejuelos?	SI	NO	Desde hace cuando tiene esta prescripción?	_____			
Bebe bebidas alcohólicas?	SI	NO	SI	ocasional	1/día	2-3/día	4+/día
Fuma?	SI	NO	SI	ocasional	½ caja/día	1 caja/día	1+ caja/día

Firma del Medico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_