



## Historia ocular personal y pasada

Retinopatía diabética	Catarata	Desprendimiento o defecto de la retina
Destellos de luz o	La degeneración macular relacionada con	Queratocono
Flotadores Iritis o uveítis	La edad cirugía	Lesión
Glaucoma	Estrabismo (ojos cruzados)	Ojo seco
Sospechoso de glaucoma	Ambliopía (ojo vago)	

## Historia social

*Esta información es estrictamente confidencial. Sin embargo, puede discutir esta porción directamente con el médico si lo prefiere.*

Preferiría discutir la información de mi historial social directamente con mi médico. (casilla de verificación)

### Uso de alcohol

Nunca  
Raramente  
Moderar  
Diario

### Uso de tabaco

Fuma cigarrillos  
Fuma cigarros  
Pipa de humo

Fuma otros  
Tabaco sin humo

### Estado de fumar

No fumador  
Ex fumador  
Algún fumador actual  
Fumador actual

¿Manejas? no sí En caso afirmativo, ¿tiene dificultades visuales al conducir? no sí  
En caso afirmativo, explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

## Revisión de sistemas

¿Actualmente o ha tenido algún problema en las siguientes áreas:

### Constitucional

La discapacidad del desarrollo  
Cáncer  
Fatiga  
Trauma  
Otro \_\_\_\_\_

### Psiquiátrico

Depresión  
Deficit de atención  
Bipolar  
Otro \_\_\_\_\_

### Genitourinaria

ETS, herpética viral,  
clamidia  
Herpes  
Hipertrofia benigna de próstata  
Nefropatía  
Embarazada  
Enfermería  
Otro \_\_\_\_\_

### Endocrino

Diabetes no  
insulinodependiente  
(tipo 2)  
Diabetes  
insulinodependiente  
(tipo 1)  
Disfunción tiroidea  
Disfunción hormonal  
Otro \_\_\_\_\_

### Oreja, Nariz y Garganta

Infección del tracto  
respiratorio superior Dolor  
de oídos  
Nariz que moquea  
Dolor de garganta  
Zumbidos / Tinnitus Pérdida  
de la audición Sinusitis  
Laringitis  
Otro \_\_\_\_\_

### Cardiovascular

Cardiopatía  
Hipertensión  
Carrera  
Enfermedad vascular  
Insuficiencia cardíaca  
congénita  
Otro \_\_\_\_\_

### Musculoesquelético

Fibromialgia  
Distrofia muscular  
Osteoartritis  
Espondiloartritis anquilosante  
Osteoporosis  
Artritis  
Gota  
Otro \_\_\_\_\_

### Hematológico / Linfa

Anemia  
Pérdida de sangre  
de gran volumen  
Úlcera  
Hipercolesterolemia  
Otro \_\_\_\_\_

### Neurológico

Esclerosis múltiple  
Epliepsia  
Parálisis cerebral  
Tumor  
Carrera / CVA  
Migraña  
Espectro autista  
Otro \_\_\_\_\_

### Respiratorio

Asma  
Bronquitis  
Enfisema  
Obstrucción Crónica  
Apnea del sueño  
Otro \_\_\_\_\_

### Integumentario

Eczema  
Rosácea  
Soriasis  
Herpes simple  
(herpes labial)  
Infección de herpes  
(herpes)  
Otro \_\_\_\_\_

### Alérgico / Inmunológico

Alergia a un  
medicamento  
Alergia ambiental  
Artritis reumatoide  
Lupus  
Síndrome de Sjogren  
Otro \_\_\_\_\_

Si usted tiene una condición que no está en la lista, explique por favor.

\_\_\_\_\_