

HISTORIAL MÉDICA

¿Tiene actualmente algún problema en las siguientes áreas? Si su respuesta es si, porfavor proporcionar información adicional.

	SI	No	Detalles
OJOS (mala visión, dolor ocular, lagrimeo, enrojecimiento, etc)			
GENERAL / CONSTITUCIONAL (fiebre, pérdida de peso el aumento de peso, cansancio inusual)			
OÍDOS, NARIZ, GARGANTA (problemas auditivos, nariz congestionada, dolor de oído, tos, sequedad de boca, etc)			
CARDIOVASCULAR (alta presión , pulso acelerado, etc)			
Sistema Respiratorio (congestión, bronquitis, corto de aire, etc)			
GASTROINTESTINAL (malestar estomacal, diarrea, estreñimiento, hernia, úlceras, etc)			
GENITAL, Riñón, Vejiga (dolor al orinar, necesidad frecuente de orinar, impotencia, ictericia, etc)			
MUJERES: ¿Está embarazada y/o lactando?			
MÚSCULOS, huesos, articulaciones (dolor en las articulaciones, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, etc)			
PIEL (granos, verrugas, erupciones, etc)			
Neurológicos (entumecimiento, dolor de cabeza, convulsiones, parálisis, etc)			
Psiquiátricos (ansiedad, depresión, insomnio)			
Endocrinología (diabetes, hipotiroidismo, etc)			
SANGRE / linfáticos (sangrado, colesterolemia, anemia, problemas relacionados con la transfusión de sangre, etc)			
Alérgica / INMUNOLÓGICO (estornudos, hinchazón, enrojecimiento, picazón, urticaria, lupus, etc)			

Historial Familiar (madre, padre, abuelos, hermanos)

¿Algún miembro de su familia ha tenido estas enfermedades (marque todas las que correspondan)?

Ceguera artritis catarata glaucoma diabetes hipertensión
 enfermedad cardíaca accidente cerebrovascular cáncer enfermedad tiroidea
 Otras enfermedades hereditarias:

Historial Social

¿Su visión de limitar las actividades de la vida diaria (conducir, leer, deporte, trabajo, etc)? **SI NO**

¿Ha tenido alguna vez una transfusión de sangre ?..... **SI NO**

¿Usted bebe el alcohol ?..... **SI NO** ¿Cuánto ? _____

Fuma ?..... **SI NO** ¿Cuánto ? _____ ¿Cuántos años ? _____