

Questionario de salud



Su nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____

¿Usa algunos de los siguientes artículos? Anteojos Lentes de contacto No ha necesitado corrección de la vista con anterioridad

Médico de Atención Primaria _____ Teléfono _____

Por favor enumere cualquier medicina, suplementos o vitaminas que esté tomando actualmente. Incluya medicinas con prescripción médica y de venta libre.

¿Tiene alergia a alguna medicina? Sí No Enumere sus alergias y explique la reacción que le ocasionan:

Enumere sus cirugías previas y las fechas aproximadas. Incluya cualquier cirugía de la vista.

Por favor marque Sí o No si ha sido diagnosticado con cualquiera de las siguientes condiciones o si ha experimentado alguno de estos síntomas.

OCULAR (EYE)

Glaucoma..... Sí No
Degeneración macular..... Sí No
Ojo vago / Estrabismo..... Sí No
Lesión del ojo..... Sí No
Puntos flotantes..... Sí No
Destellos de luz..... Sí No
Visión borrosa..... Sí No
Visión doble..... Sí No
Ardor..... Sí No
Picazón..... Sí No
Lagrimo..... Sí No
Otro _____

CARDIOVASCULAR

Hipertensión..... Sí No
Dolor de pecho..... Sí No
Enfermedad del corazón..... Sí No
Ataque al corazón..... Sí No
Colesterol alto..... Sí No
Endurecimiento de las arterias..... Sí No
Otro _____

OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA

Problemas de audición..... Sí No
Sinusitis..... Sí No
Otro _____

PIEL

Picazón..... Sí No
Lunares nuevos..... Sí No
Formaciones/bultos nuevos..... Sí No
Otro _____

SANGRE/LINFÁTICO

Anemia..... Sí No
Cáncer..... Sí No
Transfusión de sangre..... Sí No
Otro _____

NEUROLÓGICO

Derrame cerebral..... Sí No
Convulsiones..... Sí No
Dolores de cabeza..... Sí No
Otro _____

MUSCULOSKELETAL

Osteoarthritis..... Sí No
Artritis reumatoide..... Sí No
Osteoporosis..... Sí No
Otro _____

ENDOCRINO

Enfermedades de la tiroides..... Sí No
Diabetes..... Sí No
Otro _____

RESPIRATORIO

Asma..... Sí No
Bronquitis..... Sí No
Silbido al respirar..... Sí No
Falta de aire..... Sí No
Otro _____

GENITOURINARIO

Cálculos renales..... Sí No
Cáncer de próstata..... Sí No
Cáncer de seno..... Sí No
Otro _____

PSIQUIÁTRICO

Depresión..... Sí No
Ataques de pánico..... Sí No
Ansiedad..... Sí No
Otro _____

GASTROINTESTINAL

Pérdida del apetito..... Sí No
Cáncer..... Sí No
Otro _____

SÍNTOMAS GENERALES

Fiebre..... Sí No
Pérdida de peso..... Sí No
Otro _____

Su consumo de tabaco: Nunca ha consumido tabaco Era fumador (lo dejó hace _____ años)

Es fumador habitual (número de paquetes de cigarrillos al día _____) Es fumador ocasional Número de años que ha fumado _____

Masca tabaco Número de años que ha mascado tabaco _____

Su consumo de alcohol: Nunca Social 1-2 tragos por día 3 o más tragos por día

¿Algún miembro de su familia ha tenido alguno de estos síntomas? Marque todos aquellos que aplican e indique cuál miembro de su familia.

Ceguera _____ Cataratas _____ Glaucoma _____ Degeneración macular _____
 Desprendimiento de retina _____ Ojo vago/Estrabismo _____ Diabetes _____ Hipertensión _____
 Enfermedades del corazón _____ Cáncer _____ Enfermedades de la tiroides _____ Derrame cerebral _____