|  |
| --- |
| **Questionario De Salud Del Paciente****Nombre Del Paciente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Oficio**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha De Nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genero**: M / F **Telefono**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Direccion:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Podemos mandarle mensajes de texto a este numero para recordarle de citas & para que recoja sus lentes/pupilentes?** Si / No  |
| **Aseguranza de Vision: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # De Identificacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Seguro Social Del Primario: \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_****Aseguranza Medica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # De Identificacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Doctor Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # De Telefono De Su Doctor Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  **Favor de circular lo que lo inquieta ACTUALMENTE:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Comezon | Dolor de ojos  | Ojos Irritados | Resequedad  | Cataratas | Desprendimiento De La Retina |
| Ardor | Fatiga Ocular  | Forzar La Vista  | Vision Borrosa | Estrabismo | Degeneracion Macular |
| Dolor de cabeza  | Doble Vision  | Manchas en Vision  | Ojos Llorosos  | Glaucoma | Destellos |

 |
| Actualmente usa lentes? **Si / No** A notado algun cambio en su vision con sus lentes o pupilentes? **Si / No** Le molesta el brillo/tiene dificultad en la noche al manejar**? Si / No** Trabaja enfrente de un computador? **Si/No** Cuantas horas al dia? **\_\_\_\_\_\_**Actualmente usa pupilentes**? Si / No** Le interesaria ser educado acercas de el uso de pupilentes el dia de hoy? **Si/ No**Juega Deportes**? Si / No** Tiene necesidad para el uso de gafas de proteccion para deportes? **Si/ No** |
| Usted Fuma? **Si/ No** Toma Alcohol? **Si/No** Usa Narcoticos? **Si/ No Pacientes Femeninas**:Esta Embarazada**? Si/No** Esta amamantando? **Si/No** **Lista de Medicacion ACTUAL:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Reaccion alergica a algun tipo de medicina:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Favor de circular si alguien en su FAMILIA tiene alguna de estas enfermedadese indique el parentesco al paciente:** |
| Diabetes | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Enfermedad del Corazon  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Colesterol Alto | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Presion Alta | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Tiroide | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Ceguedad | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Glaucoma | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Cancer | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Degeneracion Macular | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Desprendimiento de la Retina | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Other | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |

**Favor de circular cualquier problema ACTUAL :**

|  |  |
| --- | --- |
| Migranas | Cambio de peso |
| Problema Respiratorio | AlergiasAnxiedad/Depresion |
| Asma | Bipolar |
| Emfisema | Diabetes |
| Enfermedad Del Corazon | Presion AltaEstomago |
| Colesterol Alto | Dolor Muscular |
| Artritis Reumatoide | AnemiaTiroide |
| Dolor de Articulacion | RosaceaEccema |
| Sangrado  | VIH/SIDA |
|  | cea |
| Depression | Rash |
| BipolarSjogren’s | EczemaHIV/AIDS |

**Por favor de hacer una lista de cualquier cirujia general de mayor riesgo que a tenido o si fue hospitalizada: ( Incluya las fechas por favor):** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ROS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ROS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ROS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |