|  |
| --- |
| **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 | Alergias  Anxiedad/Depresion | | Asma | Bipolar | | Emfisema | Diabetes | | Enfermedad Del Corazon | Presion Alta  Estomago | | Colesterol Alto | Dolor Muscular | | Artritis Reumatoide | Anemia  Tiroide | | Dolor de Articulacion | Rosacea  Eccema | | Sangrado | VIH/SIDA | |  | cea | | Depression | Rash | | Bipolar  Sjogren’s | Eczema  HIV/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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |