



Medical Questionnaire

FAVOR USAR LETRA DE IMPRENTA. LLENAR EL FORMULARIO COMPLETO. SI NO APLICA, N/A

Nombre, Apellido, Inicial:		Otro Nombre:	Fecha:
Si Es Menor de Edad, Nombre de la Persona Responsable:		Sexo:	
		Fecha de Nacimiento:	
1. En la Actualidad Usa Algun Articulo Para Corregir Su Vision?		2. Cuando Fue Su Ultimo Examen de la Vista?	
<input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Anteojos y Contactos <input type="checkbox"/> Contactos <input type="checkbox"/> Ninguno		3. Padece Algun Tipo de Alergia?	

Historia Ocular

4. Favor Indicar Si Usted o Algun Familiar Actualmente o En El Pasado Han Sufrido Alguna Efermedad de La Vista.

Condicion	Usted	Familiar	Parentesco
Glaucoma			
Retinopatia Diabetica			
Degeneracion Macular			
Desprendimiento Retina			

Condicion	Usted	Familiar	Parentesco
Keratocomos			
Ojos Resecos			
Cataratas			

Condiciones Medicas

5. Favor Indicar si Usted o Familiares en la Actualidad o En El Pasado Han Sufrido:

Condicion	Usted	Familiar	Relation
Presion Arterial Alta			
Problemas Pulmonares			
Artritis (RA or OA)			
Ulceras			

Condicion	Usted	Familiar	Parentesco
Cancer			
Problemas de Corazon			
Diabetes <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> NIDDM <input type="checkbox"/> IDDM			
Quando fue su ultimo examen de azucar?	Cual fue El Resultado?	Cual fue su ultimo resultado de su examen de sangre?	

Historia Social

6. Usted fuma?

- A diario
 De vez en cuando
 Ex-fumador
 Nunca
 Desconoce

7. Usa alguna droga por placer?

- No Si

8. Do you drink alcohol?

- Nunca
 Cerveza
 Vino
 Licor
 Ex bebedor

Prescripciones

Favor Enumere Todos Los Medicamentos Que Esta Tomando En la Actualidad

Nombre
Nombre
Nombre
Nombre

Nombre
Nombre
Nombre
Nombre

Historial de Cirugias

Procedimiento
Procedimiento
Procedimiento

Procedimiento
Procedimiento
Procedimiento