

Thomas L. Marvelli, M.D.

Historia Medica Del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Doctor primario: _____ Telf: () _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal: _____ fecha del ultimo examen de los ojos: _____

Historia de los sintomas presente: (elementos):

Lugar: _____ Cantidad: _____ Severidad: _____ Factores modificadores: _____

Tiempo: _____ Duracion: _____ Contenido: _____ Senales y Sintomas: _____

REVISION DEL SISTEMA

Actualmente tiene Usted problemas en las siguientes areas mencionadas? Si la respuesta es SI por favor explique.

	SI	NO	EXPLIQUE EL PROBLEMA
SINTOMAS GENERALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Perdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
OJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Perdida de la vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision borrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision con aureola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Perdida de vision periferica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sequedad de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mocosidad en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Irritacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sensacion arenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Picazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sensacion objeto extraño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Exceso de agua o lagrimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ocasionalmente lagrimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sensitividad de la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infeccion cronica en los ojos o parpados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Orzuelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cambios de la vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cansamiento de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	SI	NO	EXPLIQUE EL PROBLEMA
Oidos, nariz, boca, garganta sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nariz mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tos cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Boca/garganta seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de la piel o el busto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas neurologicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas psiquiatricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas endroquinologos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hematologia/Sistema linfatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nodulos linfaticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Inflamacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sistema alergico/inmunologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sintomas de la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estaciones alergicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Inmunizaciones al dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

HISTORIA PASADA

Nombre las medicaciones que esta tomando actualmente _____

Nombre enfermedades mayores o accidentes _____

Nombre las cirugias que ha tenido _____

Ha tenido ojos cruzados, desviados, parpados caidos o ojos prominentes _____

Es alergico a alguna medicina _____ SI NO

Si respondio SI mencione las medicinas

HISTORIA DE FAMILIA

Enfermadades	SI	NO	Relacion Con El Paciente
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Macula degenerada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desprendimiento de la retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infartos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presion alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermadades de los rinones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Syndrome de Sjogrens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataque fulminante/embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otras enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

HISTORIA SOCIAL**ESTADO CIVIL****S****C****V****D****SEP.**

Ocupacion actual _____

Maneja SI NOSu vision le dificulta para manejar SI NOProblemas con vision nocturna SI NOHa usado lentes de contacto SI NOAcutalmente usa lentes SI NO

Desde hace cuanto tiene la misma prescripcion _____

Toma alcohol SI NOSi la respuesta es si diga que seguido SI NOFuma SI NO

Cuantos paquetes al dia _____

Ha tenido transfusion de sangre SI NO

Ha tenido contacto sexual con personas con infecciones sexuales

 SI NOHistoria revisada No cambios adiciones señaladas antes

Firma del Doctor _____ Fecha _____