



Historial Médico: Favor de llenar el cuestionario completo (ambos lados) y firmarlo en la parte posterior

1. Nombre paciente _____

2. ¿Cuál es la razón principal de su visita? _____

3. Referido por: _____

4. Indique (con una X) si el paciente tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas en LOS OJOS:

- _____ NINGUNO
- _____ ojo rojo
 - _____ picor, sensación de cuerpo extraño, ardor
 - _____ lacrimación excesiva (ojos llorosos)
 - _____ ojo seco
 - _____ secreciones frecuentes
 - _____ sensibilidad a la luz
 - _____ dolor en el ojo
 - _____ visión doble
 - _____ ojos cruzados, desalineados, estrabismo
 - _____ movimientos anormales de los ojos
 - _____ anomalías en la forma de los ojos
 - _____ párpados caídos
 - _____ párpados que no cierran completamente
 - _____ ojos brotados
 - _____ pupila blanca
 - _____ pérdida de visión de color
 - _____ pérdida de visión nocturna
 - _____ pérdida de visión o visión borrosa
 - _____ lucécitas brillantes o flotadores

5. Indique (con una X) si el paciente ha tenido alguno de los siguientes problemas o tratamientos en LOS OJOS:

- _____ NINGUNO
- X
- _____ examen por un especialista de la vista
 - _____ espejuelos ¿Desde cuándo?
 - _____ Lentes de contacto ¿Desde cuándo?
 - _____ prismas ¿Desde cuándo?
 - _____ terapia de parcho
 - _____ glaucoma
 - _____ catarata
 - _____ enfermedades de la retina
 - _____ enfermedades hereditarias de los ojos
 - _____ ciego de nacimiento
 - _____ cirugía de los músculos del ojo
 - _____ otras cirugías en los ojos

6. Indique con una X si el paciente padece de alguna de estas enfermedades o síntomas, y desde cuándo:

- _____ Hipertensión
- _____ Enfermedad del corazón
- _____ Enfermedades pulmonares, Asma
- _____ Sinusitis
- _____ Diabetes Mellitus
- _____ Enfermedad de Tiroide
- _____ Cáncer
- _____ Enfermedades neurológicas
- _____ Derrame cerebral
- _____ Convulsiones, epilepsia
- _____ Enfermedades en los riñones
- _____ Enfermedades de la piel
- _____ Enfermedades reumatológicas, artritis
- _____ Enfermedades hereditarias
- _____ Enfermedades metabólicas
- _____ Retraso en el desarrollo
- _____ Retardación mental
- _____ dolor de cabeza
- _____ mareos
- _____ náuseas o vómitos frecuentes
- _____ parálisis
- _____ cambios en memoria
- _____ cambios de comportamiento
- _____ depresión
- _____ vacunas incompletas
- _____ infecciones serias
- _____ Perlesía Cerebral
- _____ OTRAS:
- _____ NINGUNO DE ESTOS

7. HABITOS:

- Uso de cigarrillos: _____ SÍ _____ NO
- Uso de bebidas alcohólicas: _____ SÍ _____ NO
- Uso de drogas: _____ SÍ _____ NO



CONTINUA POR DETRÁS (por favor firme en la parte posterior)

8. Cirugías u hospitalizaciones previas: Ninguna Si _____

9. ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS: Ninguna que yo sepa Si: _____

10. Medicamentos que usa el paciente en la casa: Ninguno Si: _____

11. ¿Padece o ha padecido algún familiar cercano del paciente cualquiera de las siguientes condiciones? (Indique con una X) Sí contesta en afirmativa, indique quién

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Espejuelos antes de los 6 años | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina |
| <input type="checkbox"/> Ojo Vago | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Ojo por Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Terapia con parcho | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Estrabismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones |
| <input type="checkbox"/> Cirugías de Estrabismo | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cataratas en la niñez | <input type="checkbox"/> Presión Alta |
| <input type="checkbox"/> Cataratas de Adulto | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma en la niñez | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma de Adulto | <input type="checkbox"/> Complicaciones de Anestesia |
| <input type="checkbox"/> Ciego por completo | <input type="checkbox"/> Otras |
| <input type="checkbox"/> Degeneración de macula | |

12. Marque con una X si actualmente utiliza alguno de los siguientes medicamentos:

- Aspirina: (Acuprin81®, Bayer Aspirin®, Bufferin®, Easprin®, Ecotrin®, Empirin®, Halfprin®, Norwich Aspirin®, St. Joseph Aspirin® and Zorprin®).
- Ibuprofen: (Advil®, Advil Allergy Sinus, Advil Cold, Advil Cold and Sinus, Advil Migraine, Cap Profen®, Children's Advil Allergy Sinus, Children's Elixsure®, Children's Motrin Cold®, Excedrin IB®, Genpril®, Ibuprin®, Ibuprohm Cold and Sinus®, Ibu-Tab 200®, Liqui-gels, Medipren®, Midol 200®, Midol IB®, Motrin®, Motrin IB, Motrin Migraine Pain, Nuprin®, Pamprin IB®, Pediacare Fever®, PediaProfen®, Profen®, Rufen®, Saletto 200® and 400®, Sine-Aid IB®, Tab-Profen®, Trendar®, and Uni-Pro®).
- Ketrofen: (Actron®, Ketofren® and Orudis KT®).
- Naproxen: (Alece®, Anaprox®, Anaprox DS®, EC-Naproxyn®, Naprelan®, and Naprosyn®).
- Suplementos Vitamínicos: (Vitamina E, Vitamina A).
- Suplementos Naturales: (Árnica, Bromelain, Dong Quai, Feverfew, Garlic, Ginkgo, Ginger, Ginseng, Licorice, Omega 3 fatty acids and saw palmetto).

Importante para el paciente: Paciente que actualmente esté en tratamiento con ACCUTANE, no se le podrá realizar ningún tratamiento con láser hasta no haber transcurrido seis (6) meses de haber terminado el tratamiento. El ACCUTANE es un medicamento utilizado para el tratamiento de acné severo. Tampoco los pacientes en tratamiento de ACCUTANE se les recomienda no usar sistemas de depilación con cera caliente o se someta a ningún procedimiento de tratamiento cutáneo tal como: dermabrasión o tratamiento con láser.

Firma del paciente _____