



Cuestionario Nuevo Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
Primero M.I. Apellido

Edad: ____ Sexo: ____ Estatura: _____ Peso: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medico que lo refiere: _____ Telefono: _____

Medico primario: _____ Telefono: _____

Desciba por favor su desorden presente de vision o qesja de ojo:
Gotas y Dosis: <input type="checkbox"/> ninguno
Cirugia de los ojos y Laseres: <input type="checkbox"/> ninguno
Historia clinica y Cirugias generales:
Que medicamentos se utilizan?

Historia Familiar	Si	No	Relacion (Madre, Padre, Hermano(a), Abuelos)
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Degeneracion Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tiene usted cualquiera de los problemas siguientes?	Si	No	Si, describa por favor...
1. Tiene alergias a un medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Constitucional (fiebre, perdida de peso, otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Oreja/naris/boca/garganta (perdida auditiva, problemas de sinusitis, dolor de garganta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Cardiovascular (problemas del corazon, dolor de pecho, latidos cardiacos irregulares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Respiratorio (asma, falta de aliento, sibilancias, tos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Gastrointestinal (acidez, dolor abdominal, diarrea, vomitos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Genitourinary (problemas urinarios, sangre en la orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Integumentary (erupciones en la piel, sequedad excesiva en la piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Musculoesqueletico (dolores musculares, dolor en las articulaciones, articulaciones hinchadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Neurologico (entumecimiento, dolores de cabeza, paralisis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Hematologico/linfatico (trastornos de la sangre, leucemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Alergico/Immunologico (fiebre, alergias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Endocrine (diabetis, problemas de la tiroides) Si es diabetico por cuanto tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Psiquiatrico (depresion, ansiedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Historia Social

Ocupacion:

Tiene usted o ha fumado alguna vez?

Si

No

Si: ____ Paquetes por ____ anos

Anos de parar

Toma alcohol?

Si

No

Si: Cuanto?

Ocasional

1/dia

2-3/dia

4+/dia

Comentarios: _____

Completado por: _____ Fecha: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____