

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial Medico:** A sido diagnosticado con lo siguiente?

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Perdida de sonido	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Diabetes typo 1
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Presion arterial alta	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Diabetes typo 2
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Hipotiroideo baja actividad
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Insuficiencia cardiaca congestiva	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Hipotiroideo alta actividad
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Infarto cardiaco	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Anemia
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Palpitacion irregular o rapida	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Alergias
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fibrilacion auricular	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Lupus
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Asma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Sindrome de Sjogren
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Enfisema	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No EPOC	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No HIV (VIH)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Reflujo acido	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cancer:
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ulcera estomacal	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Migrañas
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Transplante de organo	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Eclerosis multiple
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Desorden de prostata	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Parkinson's
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Alzheimer's
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Artritis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Infartos/Paralysis
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Artritis reumatica	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Convulsiones
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Rosacea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ansiedad
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Eccema	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Depresión
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Otro:	

**Existe algun miembro familiar con historial ocular:**

Enfermedades de los ojos	Algun familiar
<input type="checkbox"/> Con Amblyopia	
<input type="checkbox"/> Glaucoma	
<input type="checkbox"/> Degeneracion de macula	
<input type="checkbox"/> Ceguera	
<input type="checkbox"/> Cataratas	

**Historial de cirugia:** Por favor de anotar todas sus previas cirugias:

**Alergia a Medicamento:**

Ninguna;  Si - Anote su alergias:

Contesta la pregunta si es mayor de 65 años; a tenido caidas en el pasado año?  SI  NO

**FAVOR DE LLENAR COMPLETAMENTE**

**Devuelta a la pagina**

