

## CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA PARA OFTALMÓLOGOS DE LANCASTER

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Dónde se refirió aquí por otro médico? Por favor indique el nombre del médico: \_\_\_\_\_

Por favor, encierre en un círculo los siguientes síntomas que está experimentando con sus ojos y especifique qué ojo(s). Por favor, elabore junto a cada síntoma si es necesario:

Síntoma	Notas
Pérdida o visión borrosa	
Pérdida de la visión lateral/periférica	
Visión doble	
Deslumbramiento/Halos	
Sensibilidad a la luz	
Destellos de luz	
Moscas volantes/manchas negras/motas negras	
Sequedad	
Lagrimeo/Acuosidad	
Picazón	
Rojez	
Arde	
Descargar	
Sensación arenosa	
Dolor o molestia ocular	
Infección de pestañas o párpados; Orzuelos	
Otro:	
Otro:	
Otro:	
Otro:	
Otro:	

1. ¿Llevas (círculo):

- i. Goggles y lentes de contacto
- ii. O solo gafas
- iii. O solo lentes de contacto
- iv. Nuno



2. Por favor, encierre en un círculo cualquier condición que tenga actualmente o haya tenido en el pasado:
- Ojos secos
  - Catarata
  - Degeneración macular
  - Desprendimiento de retina
  - Glaucoma
  - Queratocono
  - Otros (por favor liste): \_\_\_\_\_
3. Por favor, encierre en un círculo cualquier condición que su familiar o pariente consanguíneo tenga actualmente o haya tenido en el pasado:
- Relación de ojos secos:
  - Relación de cataratas:
  - Relación de degeneración macular:
  - Relación con el desprendimiento de retina:
  - Relación glaucoma:
  - Relación de queratonocono:
  - Otros (indique la condición y la relación): \_\_\_\_\_
4. Por favor, encierre en un círculo cualquier condición que tenga actualmente o haya tenido en el pasado:
- Presión arterial alta
  - Problema cardíaco
  - Artritis:           Artritis reumatoide           Osteoartritis
  - Problemas pulmonares
  - Golpe
  - Problemas de tiroides
  - Diabetes           tipo I   tipo II
    - ¿Cuál es su nivel más reciente de azúcar en la sangre (mg/dl)? \_\_\_\_\_
    - Fecha y hora del día en que se obtuvo el nivel de azúcar en sangre: \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_
    - ¿Qué es la HbA1c? \_\_\_\_\_
  - Colesterol alto
  - Úlceras
  - Cáncer
  - Otro:
- 
- 
- 
- 
-



5. Por favor, encierre en un círculo cualquier condición (s) que su familia / pariente consanguíneo tenga actualmente o haya tenido en el pasado y enumere la relación:
- a. Relación de presión arterial alta:
  - b. Relación con el problema cardíaco:
  - c. Artritis:          Artritis reumatoide          Relación osteoartritis:
  - d. Relación con los problemas pulmonares:
  - e. Relación de accidente cerebrovascular:
  - f. Relación con los problemas de tiroides:
  - g. Relación con la diabetes          tipo I          tipo II
  - h. Relación con el colesterol alto:
  - i. Relación de úlceras:
  - j. Relación con el cáncer:
6. Otros (indique la condición y la relación): \_\_\_\_\_
7. Si tiene entre 50 y 75 años: ¿Se hizo su examen anual de detección de cáncer colorrectal/colonoscopia (por favor, marque en un círculo)?    Sí/No
8. ¿Ha recibido la vacuna anual contra la gripe (por favor, marque en un círculo)?    Sí/No
9. ¿Alguna vez ha recibido la vacuna antineumocócica/neumonía (por favor marque)?    Sí/No
10. Si usted es una mujer entre las edades de 45-74: ¿Está recibiendo una mamografía anual?    Sí    No



11. ¿Fuiste fumador o fumas actualmente? Sí/No

- a. En caso afirmativo, marque con un círculo su estado de tabaquismo:
- i. Fumador actual todos los días
  - ii. Actual algún día fumador
  - iii. Ex fumador
  - iv. Fumador, estado actual desconocido
  - v. Fumador ligero de tabaco
  - vi. Fumador empedernido de tabaco

12. Enumere cualquier medicamento o gotas oculares que esté usando actualmente, para qué ojo usa los medicamentos oculares, junto con la frecuencia con la que usa los medicamentos / gotas:

Nombre del medicamento ocular	Ojo (ambos, derecho, izquierdo)	Frecuencia de uso

13. Por favor , enumere cualquier otro medicamento que esté usando actualmente:

1.	11.
2.	12.
3.	13.
4.	14.
5.	15.
6.	16.
7.	17.
8.	18.
9.	19.
10.	20.

14. ¿Alguna vez has usado Flomax (por favor, círculo)? Sí/No

15. Enumere cualquier cirugía / procedimiento ocular que se haya realizado en usted, qué ojo (s), el médico que realizó la cirugía / procedimiento y la fecha de la cirugía / procedimiento:

Última actualización: 1/28/20





<b>Cirugía/Procedimiento Ocular</b>	<b>Ojo(s): Ambos, Derecho, Izquierdo</b>	<b>Médico</b>	<b>Fecha</b>

16. Por favor, enumere cualquier alergia que tenga:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

