

NAME _____ DOB _____ AGE _____

PRIMARY DOCTOR _____

Please answer the following questions about your medical status and history:

1. Have you ever been treated for any medical condition (e.g., diabetes, high blood pressure, arthritis, etc.)?
Yes No If yes, please explain _____
2. Have you ever had any eye disease (e.g., glaucoma, cataract, wandering eye, retinal detachment)?
Yes No If yes, please explain _____
3. Have you ever had any surgery?
Yes No If yes, please provide date and reason _____
4. Have you ever been hospitalized?
Yes No If yes, please provide date and reason _____
5. Do you have a pacemaker or stent?
Yes No
6. Do you take any eye medications?
Yes No If yes, please list _____
7. Do you take any medications?
Yes No If yes, please list _____
What Pharmacy do you use? _____ Phone # _____
Which location? _____
8. Do you have any drug or food allergies?
Yes No If yes, please explain _____

Please indicate if you currently experience any of the following:

	Yes	No	If yes, please explain:
Chronic fever, unexpected weight loss/gain, fatigue			
Ear/nose/throat problems (e.g., hearing loss, sinus problems, sore throat)			
Heart problems (e.g., chest pain, irregular heart beat)			
Respiratory problems (e.g., shortness of breath, wheezing, coughing)			
Gastrointestinal problems (e.g., pain or discomfort, blood in urine)			
Skin problems (e.g., rashes, excessive dryness)			
Musculoskeletal problems (e.g., muscle aches, joint pain, swollen joints)			
Neurologic problems (e.g., numbness, weakness, headaches, paralysis)			
Psychiatric problems (e.g., depression, anxiety)			

Family and Social History:

Do any medical or eye diseases run in your family (e.g., diabetes, high blood pressure, cancer, glaucoma, macular degeneration) Yes No If yes, please explain _____

Do you smoke? Yes No If yes, how much? _____

Drink alcohol? Yes No If yes, how much? _____

Patient Signature: _____ **Date:** _____

MD Signature: _____ **Date:** _____

NOMBRE _____ FECHA de NACIMIENTO _____ EDAD _____

NOMBRE de DOCTOR PRIMARIO _____

Por favor de contestar las preguntas siguientes de su historia medica:

1. Usted fue tratado por alguna condicion medica como diabetes, alta presion, artritis?
Si No Si es si, favor de explicar _____
2. Usted ha tenido enfermedad como glaucoma, catarata, ojo bisco, desprendimiento de retina?
Si No Si es si, favor de explicar _____
3. Usted ha tenido alguna cirugia?
Si No Si es si, favor de dar la fecha y razon _____
4. En el pasado, lo han hospitalizado?
Si No Si es si, favor de dar la fecha y razon _____
5. Marcapasos o stent coronario?
Si No
6. Usted usa algun medicamento para los ojos?
Si No Si es si, favor de notar la lista: _____
7. Usted toma medicamentos?
Si No Si es si, favor de note la lista: _____
Cual Farmacia usa Usted? _____ Numero de telefono # _____
Cual localizacion? _____
8. Usted tiene alguna alergia a medicamento o comida?
Si No Si es si, favor de explicar _____

Actualmente, tiene usted algunos de los siguientes problemas:

	Si	No	Si es si, favor de explicar:
Fiebre cronica, perdida/aumento de peso inesperado, fatiga			
Problemas de nariz/oido/garganta, perdida del oido			
Problemas del Corazon, dolor en el pecho			
Problemas respiratorios, asma			
Problemas del intestino, sangre en el orina			
Problemas de su piel, salpullido			
Problemas de los musculos, dolor de musculo, artritis			
Problemas neurologicos, entumecimiento, paralisis, dolor de cabeza			
Problemas psiquiatricos, depresion			

Historia de Familia y Social:

En su familia, corre problemas medico o enfermedades de los ojos asi como diabetes, alta presion, cancer, glaucoma, degeneracion macular? Si No Si es si, favor de explicar _____

Usted fuma? Si No Si es si, que tanto? _____

Toma alcohol? Si No Si es si, que tanto? _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del MD: _____ Fecha: _____