

**James E. Haberman, M.D., F.A.C.S.**

Excel Eye Care & Surgery Center

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 23

## Historia Médica

### Historia Médica

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

Explique todas las enfermedades y emergencias que usted a tenido \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Explique todas las cirugías que usted a tenido \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Explique todas las enfermedades, emergencias y cirugía en ambos ojo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Explique todas las medicinas que usted esta tomando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es usted alérgico a alguna medicina?      \_\_\_ Si      \_\_\_ No

Si, Si diga cual (s) \_\_\_\_\_

**Revisión de Sistemas** – Si usted tiene alguno de los siguientes problemas, por favor explique:

### Explique Los Problemas

**Problemas de Constitución** Fiebre, perdida de peso \_\_\_\_\_

Perdida de visión, visión nublada, visión cortada \_\_\_\_\_

Perdida de visión al los lados, visión doble, sequedad, o lagañosos, \_\_\_\_\_

Ojos rojos, arenosos o sucios, picazón, quemazón o ojos cansados, \_\_\_\_\_

Sensibilidad a la luz, dolor o infección, \_\_\_\_\_

Dificultad viendo de noche \_\_\_\_\_

**Problemas de oído, nariz y garganta** \_\_\_\_\_

Nariz aguada, catarro, garganta seca \_\_\_\_\_

**Problemas de corazón** \_\_\_\_\_

**Problemas de respiración, bronquitis o falta de aire** \_\_\_\_\_

**Explicación del problema**

**Músculo esqueletal- Artritis**

\_\_\_\_\_

**Psiquiátricos**

\_\_\_\_\_

**Alergias de temporada**

\_\_\_\_\_

**Historia Familiar**

<b>Enfermedades</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Relacion al paciente</b>
Glaucoma	___	___	_____
Degeneración macular	___	___	_____
Problemas de retina	___	___	_____
Artritis	___	___	_____
Diabetes	___	___	_____
Presión Alta	___	___	_____
Problemas de corazón	___	___	_____
Tuberculosis	___	___	_____
Otra enfermedad	___	___	_____

**Historia Social**

Usted maneja? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Usted fuma? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Usted usa gafas? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Usted toma bebidas alcohólicas? \_\_\_ Si \_\_\_ No Si, si con \_\_\_comidas \_\_\_ sociable \_\_\_ otra manera

**PARA USO DEL DOCTOR SOLAMENTE**

History reviewed. \_\_\_ No changes. \_\_\_ Additions as noted above.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / 23