

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

Excel Eye Care & Surgery Center

Fecha: _____ / _____ / 22

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, pérdida 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 _____