

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

Excel Eye Care & Surgery Center

Fecha: _____ / _____ / 10

Historia Medica

Historia Medica

Nombre: _____

Explique todas enfermedades y emergencias que usted a tenido _____

Explique todas cirugias que usted a tenido _____

Explique todas enfermedades, emergencias y cirugia en ambos ojo: _____

Explique todas medicinas que usted esta tomando: _____

Es usted alergicico a alguna medicina? ___ Yes ___ No

Si, Si diga cual (s) _____

Review of Systems – Tiene usted algunos problemas en los preguntas debajo, Si, Si por favor de explicar:

Explique Los Problemas

Constitutional Problems-Fever, weight loss _____

Perdida de vision, vision nublada, vision cortada), _____

Perdida de vision al los lado de vision, doble vision, sequedad, o laganosos, _____

Gos rojo, arenosos o sucios, picacon, quemason o ojos cansado, _____

Sensebilidad a la luz, dolor o infeccion, _____

Dificultad viendo de noche _____

Problemas de oido, naris y garganta _____

Naris awosa, catraro, garganta seca _____

Problemas de corazon _____

Problemas de respiracion, bronchitis o corto de aire _____

Explanation of Problem

Musculoskeletal-Arthritis

Psiquiatricos

Allergia de temporada

Family History

Disease	Si	No	Relacion al paciente
Glaucoma	___	___	_____
Degemeracopm de macula	___	___	_____
Problema de la retina	___	___	_____
Arthritis	___	___	_____
Diabetes	___	___	_____
Alta Precion	___	___	_____
Problema de corazon	___	___	_____
Tuberculosis	___	___	_____
Otra enfermedad	___	___	_____

Social History

Usted maneja? ___ Si ___ Usted fuma? ___ Si ___ No

Usted? ___ Si ___ No

Usted toma bebidas alcholica? ___ Si ___ No Si, Si con ___comidas ___ sociable ___ otra manera

PHYSICIAN USE ONLY

History reviewed. ___ No changes. ___ Additions as noted above.

Signature: _____ Date: ___/___/10