

**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 cirugía en ambos ojo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Es usted alérgico 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 lagrimosos, \_\_\_\_\_

Gos rojo, arenosos o sucios, pican, quemason o ojos cansado, \_\_\_\_\_

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

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

**Problemas de oido, naris y garganta** \_\_\_\_\_

Naris avosa, catraro, garganta seca \_\_\_\_\_

**Problemas de corazon** \_\_\_\_\_

**Problemas de respiracion, bronchitis o corto de aire** \_\_\_\_\_

**Explanation of Problem**

**Musculoskeletal-Arthritis**

\_\_\_\_\_

**Psychiatricos**

\_\_\_\_\_

**Allergia de temporada**

\_\_\_\_\_

**Family History**

<b>Disease</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Relacion al paciente</b>
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