

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

Excel Eye Care & Surgery Center

Fecha: _____ / _____ / 17

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

Enfermedades	Si	No	Relacion al paciente
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: ___ / ___ / 17