

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

Excel Eye Care & Surgery Center

Fecha: _____ / _____ / 21

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problemas de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<hr/>			
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problemas de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otra enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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: / / 21