

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

Excel Eye Care & Surgery Center

Fecha: _____ / _____ / 18

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: ___/___/18