

# Cuestionario Sobre Antecedentes Médicos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Género:  Masculino  Femenino

**Notificación para el paciente**

Un examen rutinario de la vista (cubierto por los planes de seguro para la visión) cubre una indicación médica para tratar las siguientes afecciones de la vista: miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia. Todas las demás causas de disminución de la visión, así como todos los demás problemas y dolencias (como los que se enumeran a continuación), podrían incluirse en facturas médicas después de consultar con el médico y podrían ocasionar costos más elevados.

**Antecedentes sociales**

*Esta información se mantiene en estricta confidencialidad. No obstante, puede hablar sobre esta sección directamente con su médico si así lo prefiere.*

Sí. Prefiero hablar sobre la información de mis antecedentes sociales directamente con mi médico. (Marque el casillero).

Ocupación actual: _____	Años: _____	Empleador: _____
¿Bebe alcohol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> 1-2 por día	<input type="checkbox"/> Más de 2 por día <input type="checkbox"/> Más de 3 por día
¿Fuma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> 1/2 cajetilla por día	<input type="checkbox"/> 1-2 cajetillas por día <input type="checkbox"/> Más de 2 cajetillas por día
Fumó en el pasado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo dejó de fumar? _____	
¿Mastica tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Utiliza suplementos nutricionales (vitaminas, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Consumo drogas ilegales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
a. Alguna vez has estado expuesto o infectado con el VIH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hace actividad física de forma regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Revisión de sistemas: ¿Tiene actualmente algún problema en las siguientes áreas?**

<b>Síntomas generales</b>	<b>Sist. urinario</b>	<b>Psiquiatría</b>
Fiebre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Utiliza Flomax <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de la memoria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fatiga <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Síntomas/afecciones urinarias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Oídos, nariz, garganta, boca</b>	Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Sist. endócrino</b>
Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Sist. musculoesquelético</b>	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastornos de los senos paranasales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor muscular/articular/de espalda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Sist. cardiovascular</b>	Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Sist. sanguíneo</b>
Fibrilación auricular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Piel</b>	Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarpullido/picazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Accidente cerebrovascular/Ataque isquémico transitorio (TIA) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rosácea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Alergias/sist. inmunitario</b>
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Culebrilla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias estacionales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Sist. respiratorio</b>	Cáncer de piel <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lupus <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfisema/EPOC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Sist. neurológico</b>	<b>Maternidad</b>
Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Embarazo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lactancia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Sist. gastrointestinal</b>	Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otras afecciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Afecciones intestinales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**Afecciones oculares: ¿Padece actualmente alguna de las siguientes afecciones?**

Ambliopía (ojo vago) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Blefaritis (inflamación de los párpados) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sospecha de glaucoma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ceguera <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamentos de alto riesgo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cataratas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Degeneración macular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Daltonismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad vascular periférica (PVD) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Retinopatía diabética <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desprendimiento de retina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Síndrome del ojo seco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estrabismo (ojos bizcos) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lesiones oculares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Antecedentes familiares**

				Relación con el paciente				Relación con el paciente					
<u>Enfermedades de la vista</u>								<u>Enfermedades sistémicas</u>					
Ambliopía (ojo vago)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Ceguera	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Cataratas	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Daltonismo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Tumores oculares	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Sospecha de glaucoma	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Estrabismo (ojos bizcos)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Otras afecciones oculares	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>								

**Síntomas oculares actuales: ¿Padece actualmente alguno de los siguientes síntomas?**

<u>Síntomas astenopícos</u>														
Sensibilidad a la luz brillante	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Dolor o ardor en los ojos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Visión borrosa de cerca	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Sensación de cuerpo extraño	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Visión distorsionada	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Infección en el párpado	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Visión doble	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Ojos cansados	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Picazón	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Centelleos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<u>Síntomas fisiológicos</u>														
Ardor	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Mucosidad	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Manchas o moscas volantes	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sequedad	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Ptosis (párpado caído)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Visión fluctuante	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Epifora (ojos llorosos)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Pérdida de la visión central	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
				<u>Síntomas visuales</u>										
Párpados inflamados	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Sensación de arenilla en los ojos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Pérdida de la visión lateral	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
				Visión borrosa de lejos										
								Pérdida de la visión						
								Otro						

**Antecedentes médicos**

¿Tiene alguna alergia?  Ojos  Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia a algún medicamento? Sí  No  Si la respuesta es afirmativa, enumere los medicamentos: \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que toma (incluya anticonceptivos orales, aspirinas, medicamentos de venta libre y suplementos de hierbas): \_\_\_\_\_

Enumere todas las lesiones, cirugías u hospitalizaciones importantes que haya tenido: \_\_\_\_\_

¿Usa anteojos?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿desde cuándo tiene sus anteojos actuales? \_\_\_\_\_

¿Usa lentes de contacto?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿desde cuándo tiene sus lentes actuales? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de lentes de contacto usa?  Rígidos  Blandos  De uso prolongado  Otro ¿Le resultan cómodos?  Sí  No

¿Usa sus lentes de contacto en exceso?  Sí  No

¿Duerme con los lentes de contacto puestos?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto tiempo transcurre hasta que se los saca? \_\_\_\_\_

**He revisado el cuestionario anterior sobre mis antecedentes médicos y no hay cambios.**

He marcado con mis iniciales/la fecha todos los cambios respecto de mi visita anterior, tanto en la parte superior como en la parte inferior.

_____ Iniciales	_____ Fecha	_____ Iniciales	_____ Fecha	_____ Iniciales	_____ Fecha	_____ Iniciales	_____ Fecha	_____ Iniciales	_____ Fecha	_____ Iniciales	_____ Fecha	_____ Iniciales	_____ Fecha
--------------------	----------------	--------------------	----------------	--------------------	----------------	--------------------	----------------	--------------------	----------------	--------------------	----------------	--------------------	----------------

Nuestros médicos rutinariamente realizan diagrfias de pupilar y pruebas visuales. Estas pruebas permiten a nuestros médicos descartar enfermedad retiniana y detectar cataratas, degeneración macular, glaucoma, y otras enfermedades que permitan pérdida de vision. Nuestros médicos pueden considerar necesario realizar pruebas de diagnóstico adicionales que puede no estar cubierto por su seguro. Se pueden aplicar cargos adicionales por algunas de estas pruebas de diagnóstico.

- ACEPTO realizarme estos exámenes hoy.  Reprogramaré estos exámenes.  Seguiré las recomendaciones del médico.

Los honorarios profesionales se deben pagar en el momento de la prestación de los servicios y no son reembolsables.

**Gracias por confiar en Nationwide Vision para cuidar de su salud visual y de sus necesidades de la vista.**

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_