Historia Social

Esta información es estrictamente confidencial. Por preferencia, se puede discutir esta porción personalmente con el doctor.

☐ Si, prefiero discutir mi Historia Social directamente con el doctor.

¿Maneja? ☐ Si ☐ No ¿Usted tiene alguna dificultad con su visión al manejar? ☐ Si ☐ No

Si tiene dificultad, explique: _____

¿Usa productos de tabaco? ☐ Si ☐ No Tipo/Cantidad/Cuanto Hace: _____

¿Toma bebidas alcohólicas? ☐ Si ☐ No Tipo/Cantidad/Cuanto Hace: _____

¿Usa drogas ilegales? ☐ Si ☐ No Tipo/Cantidad/Cuanto Hace: _____

A estado expuesto o infectado con: ☐ Gonorrea ☐ Hepatitis ☐ HIV ☐ Sífilis

Cuando: _____ ¿Usted ha sido tratado para la condición? ☐ Si ☐ No

Repaso de Sistemas

Ha tenido problemas en las siguientes áreas:

SISTEMA	NO	SI	?
CONTITUCIONAL			
Fiebre, Aumento/Perdida de Peso	☐	☐	☐
INTEGUMENTARIO (Piel)	☐	☐	☐
NEUROLOGICO			
Dolores de Cabeza	☐	☐	☐
Ataques Epilépticos	☐	☐	☐
OJOS			
Perdida de la Vista	☐	☐	☐
Visión Empanada	☐	☐	☐
Visión Distorsionada	☐	☐	☐
Perdida de Vista Periférico	☐	☐	☐
Doble Visión	☐	☐	☐
Ojos Resecos	☐	☐	☐
Conjuntivitis/Lagañas	☐	☐	☐
Ojo Arenosos	☐	☐	☐
Picazón/ Comezón	☐	☐	☐
Irritación	☐	☐	☐
Sensación de Cuerpo Foráneo Ocular	☐	☐	☐
Exceso de Lagrimeo	☐	☐	☐
Sensilibilidad a Luz/Sol	☐	☐	☐
Dolor de Ojo	☐	☐	☐
Infección Crónica de Los Ojos o Parpados	☐	☐	☐
Orzuelos (styes)	☐	☐	☐
Ojos Cansados	☐	☐	☐
ENDOCRINOLOGICO			
Tiroides/Otras Glándulas	☐	☐	☐
ALERGICO/ IMUNOLOGICO	☐	☐	☐

SISTEMA	NO	SI	?
OIDOS, NARIZ, BOCA, GARANTIA			
Alergias Vernales	☐	☐	☐
Congestión Nasal/Sinusitis	☐	☐	☐
Mucosidad Nasal	☐	☐	☐
Tos Crónico	☐	☐	☐
Resequedad de la Boca o Garganta	☐	☐	☐
RESPIRATORIO			
Asma	☐	☐	☐
Bronquitis Crónico	☐	☐	☐
Emfasima	☐	☐	☐
VASCULAR/CARDIOVASCULAR			
Diabetes	☐	☐	☐
Dolor de Corazón	☐	☐	☐
Alta Presión	☐	☐	☐
Enfermedad Vascular	☐	☐	☐
GATROINTESTINAL			
Diarrea	☐	☐	☐
Estreñimiento	☐	☐	☐
GENITOURINARIO	☐	☐	☐
Genitalita/Riñón/Vejiga	☐	☐	☐
HUESOS/ARTICULACIONES/MUSCULOS			
Artritis Reumático	☐	☐	☐
Dolor de Músculos	☐	☐	☐
Dolor de Articulaciones	☐	☐	☐
LINFATICO/HEMETOLOGICO			
Anemia	☐	☐	☐
Problemas d la Sangre	☐	☐	☐
PSIQUIATRICO	☐	☐	

Si marca si, explique y liste las medicinas que usa. _____

_____

_____

Firma de Paciente **Fecha**

_____

Firma Del Doctor **Fecha**

"Without a vision, the people perish..." Proverbs 29:18