

# WINSTON EYE CARE

101 Laguna Rd., Suite C  
Phone: 714-888-2080  
Fullerton, CA 92835-3637  
Fax: 714-888-2099

## Formulario Médico del Paciente

### Información General

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### Médico Familiar Y/O Proveedor Primario de Salud:

Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

### Historia Médica Actual

*¿Se le ha diagnosticado o ha tenido alguno de los siguientes? Por favor marque lo que le corresponde e indique cuántos años ha tenido la condición.*

#### Cardiovascular

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infarto de Miocardio               | <input type="checkbox"/> Alto Colesterol    | <input type="checkbox"/> Alta Presion          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Coronaria | <input type="checkbox"/> Congestión Cardiac | <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular |
| <input type="checkbox"/> Edema                              | <input type="checkbox"/> Marcapasos         | <input type="checkbox"/> Aunerismas            |

#### Respiratorio

- |                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma     | <input type="checkbox"/> Bronquitis            | <input type="checkbox"/> Tuberculosis    |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Hipertensión Pulmonar | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño |

#### Gastrointestinal

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arduras        | <input type="checkbox"/> Hepatitis (Tipo: _____) | <input type="checkbox"/> Hemorroides |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Pólipos                 |                                      |

#### Musculoes Quelético

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artritis (Especifique: _____) | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Fibromialga |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del Túnel Carpiano   | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular |                                      |

#### Neurológico

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer          | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Demencia  |
| <input type="checkbox"/> Migrañas           | <input type="checkbox"/> Convulsiones      | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Múltiple Sclorosis |  |                                    |

#### Endocrino

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo: _____) | <input type="checkbox"/> Hiperglucemia   | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo         | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |

#### Hematológica/ Linfática

- |  |                                   |                                    |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia          | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes |                                   |                                    |

Lista de todos los demás: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Historia Quirúrgica

Por favor llene la siguiente lista con respecto a su historia quirúrgica.

<u>Fecha de la Cirugia</u>	<u>Procedimiento</u>	<u>Cirujano</u>	<u>Facilidad</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Historia Ocular Pasada/ Presente

¿Se le ha diagnosticado o ha tenido alguno de los siguientes? Por favor marque lo que le corresponde e indique cuántos años ha tenido la condición.

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Glaucoma                | <input type="checkbox"/> Cataratas   | <input type="checkbox"/> Degeneracion Macular           |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Retina | <input type="checkbox"/> Ajo Seco    | <input type="checkbox"/> Ambliopía                      |
| <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética   | <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Anteojos o lentes de contactos |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____             |                                      |   |

## Historia Familiar

Tiene algun familiar (parientes de sangre solamente) que ha sido diagnosticado o ha tenido alguno de los siguientes? Por favor marque todas las que correspondan.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Glaucoma                | <input type="checkbox"/> Cataratas       | <input type="checkbox"/> Degeneracion Macular      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Retina | <input type="checkbox"/> Hemorragias     | <input type="checkbox"/> Ambliopía                 |
| <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética   | <input type="checkbox"/> Cáncer          | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón    |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión            | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Los Riñones |
| <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón       | Otro: _____                              |  |

## Medicamentos Actuales

Haga una lista de cualquier medicamento de prescripción (incluya la fuerza del medicamento) que está tomando actualmente.

<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Razón</u>
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			
6. _____			
7. _____			

Indique todos los medicamentos auto-prescritos, suplementos dietéticos o vitaminas que ahora está tomando:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lista de cualquier alergia a medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_