

Patient History Questionnaire
(Cuestionario Médico del Paciente)

Name (Nombre) _____ Today's Date (Fecha) _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) _____ Age (Edad) _____ Weight (Peso) _____

Primary Care Physician (Doctor Familiar) _____

Smoking Status (Hábito de fumar) _____

List All Medications (Lista de Medicamentos) _____

Medication Allergies (Alergias a Medicamentos) _____

Medical History (Historial Médico)

_____ Heart Disease (Enfermedad del Corazón)

_____ Cancer

_____ Stroke (Derrame cerebral)

_____ Diabetes

_____ High Blood Pressure (Presión Alta)

_____ Arthritis (Artritis)/ Thyroid Disease (Enfermedad de Tiroides)

_____ HIV (Sida)

_____ Glaucoma (left eye/right eye) (ojo izquierdo/ojo derecho)

_____ Hepatitis

_____ Cataract (left eye/right eye) (ojo izquierdo/ojo derecho)

_____ Other (Otro) _____

_____ Retina Problems (left eye/right eye) (ojo izquierdo/ojo derecho)

Previous Eye Procedures (Procedimiento ocular previo)

If you have had eye surgery, list the type of surgery and which eye (si se ha sometido a una cirugía ocular, enumere el tipo de cirugía y que ojo): _____

Previous Surgical Procedures (Previos Procedimientos Quirúrgicos) _____

Family Medical History (Historial Clínico de la Familia)

Heart Disease (Enfermedad del Corazón) _____

Stroke (Derrame cerebral) _____

High Blood Pressure (Presión Alta) _____

Arthritis (Artritis) _____

Cancer _____

Diabetes _____

Macular Degeneration (Degeneración Macular) _____

Glaucoma _____