

Medical History Questionnaire
Historia Medica

Name: _____ Birth Date: _____
Nombre y Apellido del paciente Fecha de Nacimiento
 Your Primary Physician and address: _____
Nombre y direccion del medico de cabecera:
 Who sent you to Dr. Martinez? _____
Quien recomendo al Dr. Martinez?

I. Your Past & Present Medical History

Historia Medica del Paciente

Do you have or have had the following? **Is this in your immediate Family? Who?**
Tiene o ha tenido problemas con? Medicamentos que esta tomando? Existe este problema en su familia?

Allergies	Yes	No	Yes	No
<i>Alergias</i>	_____	_____	_____	_____
Arthritis	Yes	No	Yes	No
<i>Artritis</i>	_____	_____	_____	_____
Cancer	Yes	No	Yes	No
<i>Cancer</i>	_____	_____	_____	_____
Cholesterol	Yes	No	Yes	No
<i>Colesterol</i>	_____	_____	_____	_____
Diabetes	Yes	No	Yes	No
<i>Diabetes</i>	_____	_____	_____	_____
Heart Disease	Yes	No	Yes	No
<i>Problemas de Corazon</i>	_____	_____	_____	_____
High Blood Pressure	Yes	No	Yes	No
<i>Presion alta</i>	_____	_____	_____	_____
Kidney Disease	Yes	No	Yes	No
<i>Rinones</i>	_____	_____	_____	_____
Lung Disease	Yes	No	Yes	No
<i>Pulmonares</i>	_____	_____	_____	_____
Stomach	Yes	No	Yes	No
<i>Estomago</i>	_____	_____	_____	_____
Thyroid Disease	Yes	No	Yes	No
<i>Tiroides</i>	_____	_____	_____	_____

Other, please list: _____

Por favor indique otro problema medico: Medicamentos? _____

Are you allergic to any Medication? If so, please list: _____
Indique si es alergico a algun medicamento?

List any prior surgeries or injuries? _____
Ha tenido alguna cirugia en el pasado?

II. Your Social History

Historia Personal

Do you drive? Yes No Do you have problems with your night vision? Yes No
Conduce automovil? Tiene problemas con su vision de noche?

Do you drink alcohol? Yes No Do you smoke cigarettes? Yes No
 If so, how many glasses/day? _____
 Bebe alcohol? Cuantos vasos por dia? Fuma? Cuantos paquetes por dia? _____

Have you had a blood transfusion? Yes No
Ha tenido Ud. alguna vez una transtusion de sangre?

Have you ever been in contact with a person who has a sexually transmitted disease? Yes No
Ha tenido relaciones con alguna persona portadora de enfermedades venereas o SIDA?

Do you have a Living Will? Yes No
Tiene Ud. un Testamento Viviente?

III. Your Past & Present Eye History

Do you have or have had the following?
Tiene o ha tenido algunos de los siguiente problemas?

Historia Medica de sus ojos

Is this in your immediate Family? If so, Who?
Se encuentra este problema en su familia? Quien?

Blindness	Yes	No	Yes	No
Ceguera				
Cataract	Yes	No	Yes	No
Cataratas				
Glaucoma	Yes	No	Yes	No
Glaucoma				
Lazy/Crossed Eyes	Yes	No	Yes	No
Ojos Desviados (Bizcos)				
Macular Degeneration	Yes	No	Yes	No
Degeneracion Macular				
Retinal Problems	Yes	No	Yes	No
Problemas de Retina				

When was your last eye exam?

Fecha de su ultimo examen de la vista?

Do you wear glasses? Yes No

Usa lentes / anteojos?

If so, how old is your prescription?

Aproximadamente desde cuando?

Do you wear contact lenses? Yes No

Usa lentes de contacto?

If so, how old is your prescription?

Aproximadamente desde cuando?

Have you had eye surgeries/injuries? If so, please list?

Ha tenido alguna enfermedad en los ojos? Por favor indique.

IV. Are you experiencing any of the following?

Por favor indique cual de estas molestias afecta su vision

Sudden loss of vision	Yes	No	Blurred vision at Near/Distance	Yes	No
Perdida repentina de la vision			Vista borrosa de lejos o cerca		
Distorted vision	Yes	No	Loss of Side vision	Yes	No
Vision distorsionada			Perdida de la vision lateral		
Double vision	Yes	No	Fluctuating vision	Yes	No
Vision doble			Fluctuacion en la agudeza visual		
Dryness	Yes	No	Tired eyes	Yes	No
Sequedad en los ojos			Ojos cansados		
Mucous discharge	Yes	No	Redness	Yes	No
Secreciones en los ojos			Enrojecimiento		
Sandy/Gritty feeling	Yes	No	Itching	Yes	No
Sensacion arenosa			Picazon		
Burning	Yes	No	Foreign Body Sensation	Yes	No
Quemazon			Sensacion de cuerpo extrano		
See Floating object(s)	Yes	No	See Flashes of light	Yes	No
Moscas y flotadores			Destellos de luz		
Tearing	Yes	No	Headaches	Yes	No
Lagrimo			Dolor de Cabeza		
Glare/Sensitive to light	Yes	No	Eye pain/soreness	Yes	No
Sensibilidad a la luz			Dolor o molestia en los ojos		
Chronic eye infection	Yes	No	Sties/Chalazions	Yes	No
Infeccion cronica de los ojos			Orzuelos		

V. Preventive Measures

Medidas Preventivas

Do you wear sunglasses when you are outdoors?
Usa lentes protectores/oscuros para el sol?

Do you wear protective eye gear when playing sports or working on machinery?
Usa lentes protectores cuando juega deportes o mientras trabaja con equipo mecanico?

Do you eat a well balanced meal everyday?
Tiene una dieta bien balanceada?

History Reviewed Initially: Yes / No No changes/Additions as noted above.

Physician's Signature: _____

Firma del doctor: _____

History Reviewed on: _____ by _____

History Reviewed on: _____ by _____

Date: _____

Fecha: _____

History Reviewed on: _____ by _____

History Reviewed on: _____ by _____