

HISTORIAL MÉDICO / PSFH (HISTORIA DE LA FAMILIA PASADA)

CHART# _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Hombre / Mujer

Médico de atención primaria: _____

Médico de referencia: _____

Nombre y ubicación de la farmacia (nombre de la calle, ciudad) _____

CONDICIONES MÉDICAS: (POR FAVOR CIRCULE SI ES SÍ): ¿Es usted diabético? ¿Tienes enfermedad del corazón? ¿Te han diagnosticado cáncer? ¿Alguna vez le han diagnosticado: retinopatía diabética, glaucoma, degeneración macular, problemas de la córnea o de la retina, cataratas?

Otras afecciones médicas _____

HISTORIA DEL OJO: (POR FAVOR CIRCULE SI ES SÍ): ¿Ha tenido alguna vez cirugía de cataratas, cirugía LASIK? Enumere todas las otras cirugías de ojos o párpados que haya tenido: _____

LISTA CUALQUIER OTRA CIRUGÍA QUE HAYA TENIDO EN EL PASADO:

LISTA DE TODAS LAS ALERGIAS DE DROGAS

HISTORIA FAMILIAR: ¿Alguno de los miembros de su familia inmediata (parientes consanguíneos) tiene un historial de:

Degeneración Macular - Sí No - ¿Relación? _____

Glaucoma - Sí No - ¿Relación? _____

Diabetes - Sí No - ¿Relación? _____

HISTORIA MÉDICA DE LA FAMILIA CONTINÚA:

¿Ha fallecido la madre? Sí No Si es así, ¿causa de la muerte? _____ ¿Edad al morir? _____

¿El padre está muerto? Sí No Si es así, ¿causa de la muerte? _____ ¿Edad al morir? _____

HISTORIA SOCIAL: (Marcar con un círculo) Estudiante, Ama de casa, Empleado, Jubilado

(Marcar con un círculo): Soltero, Casado, Separado, Divorciado, Viudo

¿Usas tabaco? Sí / No Cigarrillos / Sin humo _____

¿Usas alcohol? Sí / No Raramente Todos los días Semanalmente 1-2 bebidas 2-4 bebidas Otro _____

¿Abuso de sustancias? Sí / No Raramente Todos los días Semanalmente

Toda la información que proporcione es confidencial y no se divulgará a nadie sin su consentimiento.

HISTORIAL MÉDICO / PSFH (HISTORIA DE LA FAMILIA PASADA)

CHART# _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

Haga una lista de todas las recetas o medicamentos sin cargo que está tomando actualmente
INCLUYENDO CUALQUIER GOTA DE OJOS O MEDICAMENTOS RELACIONADOS

CON EL CUIDADO DE LOS OJOS

SI TIENE UNA LISTA ACTUAL CON USTED QUE PUEDE TENER O COPIA

NO TIENE QUE COMPLETAR ESTE FORMULARIO - SIMPLEMENTE ESCRIBA "LISTA PROPORCIONADA".

Medicamentos regulares que toma actualmente Nombre	Dosificación	¿Tomado con qué frecuencia? PRN = cuando sea necesario	Oral, tópico o por inyección	Motivo de tomar	Actualmente tomando	
					Si	No
<i>EXAMPLE: PRAVACHOL</i>	<i>20MG</i>	<i>1/dia</i>	<i>ORAL</i>	<i>CHOLESTEROL</i>	<i>Si</i>	

POR FAVOR, DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL ESCRITORIO FRONTAL CUANDO ESTÉ COMPLETO.

(Para ser completado por recepcionista)

_____ Data Entered in EMR