JOSERAULMONTES

HISTORIAL MÉDICO

JOSERAULMONTES

Nombre de Paciente: _____ ¿Cuál es la razón de su visita? _____

MARQUE CON UNA X SI EL PACIENTE TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN LOS OJOS.

- ____ Anormalidades en la forma de los ojos
- ____ Dolor en el ojo
- ____ Lacrimación excesiva
- ____ Lucecitas brillantes o flotadores
- ____ Movimientos anormales de los ojos
- ____ Ojos brotados
- ____ Ojos cruzados, desalineados, estrabismo
- ____ Ojos rojos
- ____ Ojos secos
- ____ Párpados caídos
- ____ Párpados que no cierran completamente
- ____ Pérdida de visión de color
- ____ Pérdida de visión nocturna
- ____ Pérdida de visión o visión borrosa
- ____ Picor, sensación de cuerpo extraño, ardor
- ____ Pupila blanca
- ____ Secreciones frecuentes
- ____ Sensibilidad a la luz
- ____ Visión doble

MARQUE CON UNA X SI EL PACIENTE HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS O TRATAMIENTOS EN LOS OJOS:

- ____ Catarata
- ____ Ciego de nacimiento
- ____ Cirugía de los músculos del ojo
- ____ Enfermedades de la retina
- ____ Enfermedades hereditarias de los ojos
- ____ Espejuelos ¿Desde cuándo?
- ____ Examen por un especialista de la vista
- ____ Glaucoma
- ____ Lentes de contacto ¿Desde cuándo?
- ____ Terapia de parcho
- ____ Otras cirugías en los ojos

MARQUE CON UNA X SI EL PACIENTE PADECE DE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES O SÍNTOMAS. ¿DESDE CUÁNDO?

- ____ Cambios de comportamiento
- ____ Cáncer
- ____ Convulsiones, epilepsia
- ____ Depresión
- ____ Derrame Cerebral
- ____ Diabetes Mellitus
- ____ Dolor de cabeza
- ____ Enfermedad de tiroides
- ____ Enfermedad del corazón
- ____ Enfermedades de la piel
- ____ Enfermedades de los riñones
- ____ Enfermedades hereditarias
- ____ Enfermedades metabólicas
- ____ Enfermedades neurológicas
- ____ Enfermedades pulmonares, asma
- ____ Enfermedades reumatológicas, artritis
- ____ **Episodios herpéticos**
- ____ Hipertensión
- ____ Infecciones causadas por inflamación de la piel
- ____ Infecciones serias
- ____ Mareos
- ____ Nauseas o vómitos frecuentes
- ____ Parálisis
- ____ Perlesía cerebral
- ____ Retardación mental
- ____ Retraso en el desarrollo
- ____ Sinusitis
- ____ Ninguna(o) de éstas(os)
- ____ Otras enfermedades o síntomas

HOSPITALIZACIONES O CIRUGÍAS PREVIAS: ☐ No Yes ☐

_____

_____

MARQUE CON UNA X SI ACTUALMENTE UTILIZA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

- ____ ***Aspirina***: Acuprin81, Bayer, Bufferin, Easprin, Ecotrin, Empirin, Halfrin, Norwich ASppirin St. Joseph Aspirin, Zorprin
- ____ ***Ibuprofeno***: Advil, Advil Allergy Sinus, Advil Cold, Advil Cold and Sinus, Advil Migraine, Cap Profen, Children's Advil Allergy Sinus, Children's Elixsure, Children's Motrin Cold, Excedrin IB, Genpril, Ibuprin, Ibuprohm Cold and Sinus, Ibu-Tab 200, Liqui-gels, Medpren, Midol 200, Midol IB, Motrin, Motrin IB, Motrin Migraine Pain, Nuprin, Pamprin Ib, Pediacare Fever, Pediaprofen, Profen, Rufen, Saleto 200, and 400, Sine-zAid Ib, Tab Profen, Trendar y Uni-Pro
- ____ ***Ketrofen***: Actron, Ketofren, and Orudis KT
- ____ ***Naproxen***: Alece, Anaprox, Anaprox DS, EC-Naproxyn, Napreland y Naprosyn
- ____ ***Suplementos Vitamínicos***: Vitamina A, Vitamina E
- ____ ***Suplementos Naturales***: Árnica, Bromelain, Dong Quai, Feverfew, Garlic, Ginkgo, Ginger, Ginseng, Licorice, Omega 3 ácidos grasos y saw palmetto

ALERGIAS A MEDICINAS O ALIMENTOS:

_____

_____

_____

_____

MEDICAMENTOS QUE USA EL PACIENTE EN LA CASA:

_____

_____

_____

_____

HÁBITOS:

Uso de bebidas alcohólicas ☐ Sí ☐ No
Uso de cigarrillos ☐ Sí ☐ No
Uso de drogas ☐ Sí ☐ No

Importante: Un paciente que actualmente esté en tratamiento con ACCUTANE, no se le podrá realizar ningún tratamiento con láser hasta no haber transcurrido seis (6) meses de haber terminado el tratamiento. El ACCUTANE es un medicamento utilizado para el tratamiento de acné severo. En adición, pacientes en tratamiento de ACCUTANE se les recomienda no usar sistemas de depilación con cera caliente o someterse a procedimiento alguno de tratamiento cutáneo tal como dermoabrasión o tratamiento con láser.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____