



Thomas Hanscom, MD
Robert Engstrom, MD
Hajir Dadgostar, MD, PhD
Amir Guerami, MD
Thomas O'Hearn, MD

Cuestionario Nuevo Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
Primero M.I. Apellido

Edad: _____ Género: _____ Estatura: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medico que lo refiere: _____ Telefono #: _____

Medico primario: _____ Telefono #: _____

Desciba por favor su desorden presente de vision o quesja de ojo:

Gotas y Dosis: Ninguno: _____

Cirugia de los ojos y Laseres: Ninguno: _____

Historia clinica y Cirugias generales:

Que medicamentos se utilizan? (ncluir en el contador y hierbas medicinales):

Historia Familiar	Si	No	Relacion (Madre, Padre, Hermano (a), Abuelos)
Ceguera			
Diabetes			
Alta Presion			
Degeneracion Macular			
Glaucoma			

Tiene usted cualquiera de los problemas siguientes?	Si	No	Si, describa por favor:
1. Tiene alergias a un medicamento?			
2. Constitucional (fiebre, perdida de peso, otro)			
3. Oreja/naris/boca/garganta (perdida auditiva, problemas de sinusitis, dolor de garganta)			
4. Respiratorio (asma falta de aliento, sibilancias, tos)			
5. Gastrointestinal (acidez, dolor abdominal, diarrea, vomitos)			
6. Genitourinary (problemas urinarios, sangre en la orina)			
7. Integumentary (erupciones en la piel, sequedad excesiva en la piel)			
8. Musculoesqueletico (Dolores musculares, dolor en las articulaciones, articulaciones hinchadas)			
9. Neurologico (entumecimiento, Dolores de cabeza, paralisis)			
10. Hematologic/linfatico (trastorno de la sangre, leucemia)			
11. Allergico/Inmunologico (fiebre, alergias)			
12. Endocrine (diabetis, problemas de la tiroides) Si es diabetic por cuanto tiempo?			
13. Cardiovascular (problemas del Corazon, dolor de pecho, latidos cardiacos irregulares)			
14. Psiquiatrico (depression, ansiedad)			

Historia Social				
Ocupacion:				
Tiene usted o ha fumado alguna vez?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si: ___ Paquetes por _____ Anos	Anos de parar: _____
Toma alcohol?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si: Cuanto? Occasional 1/day 2-3 day 4+/day	

Comentarios: _____

Completado por: _____ Fecha: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____