

INFORMACION DEL PACIENTE (MENOR DE EDAD)

(FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE)

FECHA ____/____/____ DOCTOR _____ EXPEDIENTE NO _____

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE) _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____

ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ TELEFONO (____)-____-____

SEGURO SOCIAL ____-____-____ SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____

FECHA DE NACIMIENTO (MES) ____/____/____ (DIA) ____/____/____ (ANO) _____ EDAD _____

OCUPACION _____ TELEFONO TRABAJO (____)-____-____

DOCTOR DE CABECERA Y/O CUIDADOS PRIMARIOS _____

ENVIADO A NEURO-OPH. DE TX POR: DOCTOR _____ OPTOMETRISTA _____ OTRO _____

NOMBRE _____ TELEFONO (____)-____-____

PARIENTE CERCANO _____ TELEFONO (____)-____-____

RESPONSABLE PARIENTE	NOMBRE DEL PARIENTE _____	FECHA DE NACIMIENTO. _____	
	DIRECCION _____	CIUDAD _____	
	ESTADO _____	CODIGO POSTAL _____	TELEFONO (____) - ____ - ____
	SEGURO SOCIAL ____-____-____	EDAD ____	CELLULAR (____) - ____ - ____
	RELACIÓN CON EL PACIENTE _____	EMPLEADOR _____	
	OCUPACION _____	TELEFONO TRABAJO (____) - ____ - ____	
	OTRO PARIENTE: NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	
	SEGURO SOCIAL ____-____-____	TELEFONO (____) - ____ - ____	
	EMPLEADOR _____	EDAD ____	CELLULAR (____) - ____ - ____
	OCUPACION _____	TELEFONO TRABAJO (____) - ____ - ____	

POLIZA DE PAGO: Se acostumbra pagar por servicios profesionales al recibirlos. Para su conveniencia aceptamos tarjetas de crédito, cheques y dinero en efectivo.

ASEGURANZA: Favor de leer y firmar abajo si usted tiene aseguranza con HMO/PPO/POS, agencia estatal o compensacion del trabajo. Asegúrese que el doctor que usted va a ver este contratado por su compañía de seguros. Presente la tarjeta de su seguro junto con los papeles de autorización a la recepcionista.

MEDICO / QUIRURGICOS Y ENTREGA DE INFORMACION: Yo doy autorización a mi compania de seguro para pagar por el servicio prestado a mi persona por Neuro-Ophthalmology of Texas, P.L.L.C., por los servicios medico-quirúrgicos no pagados hechos ahora o en el futuro.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Durante su vista se le puede realizar un estudio de refracción.
ADVERTENCIA: Esto es un servicio no cubierto por la mayoría de los seguros. El procedimiento de cualquier servicio recibido **NO GARANTIZA PAGO** de su seguro (Usted será responsable por el pago de estos servicios).

El contenido de este documento permanecerá vigente hasta no ser cancelado por usted, por escrito.

FIRMA DEL RESPONSABLE PARIENTE

FECHA

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC

AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION
LIBERACION DE HISTORIA MEDICA
- POR FAVOR ESCRIBA con CLARIDAD-

Nombre del paciente: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL

Direccion : _____
CALLE CIUDAD
ESTADO CODIGO ZIP

TELEFONO: (_____) _____ - _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Historia Médica#: _____

Yo autorizo _____ a liberar información médica de mi historia médica a :

Dr. Rosa A. Tang, M.D., M.P.H.

DIRECCION POSTAL:

2617 C WEST HOLCOMBE BLVD #575
HOUSTON, TEXAS 77025

TELEFONO: 713 942-2187 ó 409-740-3836

FAX: 713 942-0265 OR 409-741-2850

PARA PROPOSITOS DE REVISION/ EXAMEN Y OTROS AUTORIZO A FACILITAR TANTAS COPIAS COMO SEAN REQUERIDAS DE AQUÍ EN ADELANTE. LO QUE ANTECEDE ESTA SUJETO A TALES LIMITACIONES COMO SE INDICA DEBAJO :

- [] HISTORIA COMPLETA
[] INFORMACION ESPECIFICA: _____
[] HISTORIAS ANTIGUAS DE MEDICOS ANTERIORES

DOY ESPECIAL PERMISO A LIBERAR CUALQUIER INFORMACION RELACIONADA CON :

[INICIAL EN LA LINEA(S) ABAJO QUE USTED NOS OTORGA SU PERMISO A LIBERAR INFORMACION A LOS ANTES MENCIONADOS]

_____ ABUSO DE SUBSTANCIA

_____ INFORMACION DE SALUD MENTAL / PSIQUIATRICA

_____ INFORMACION SOBRE SIDA / HIV

LA PRESENTE AUTORIZACION AUTOMATICAMENTE EXPIRARA AL CUMPLIRSE UN AÑO DE LA FECHA DE LA FIRMA .
COMPRENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO EXCEPTO CUANDO SE HAYA ACTUADO BASANDOSE EN SU AUTORIZACION.

MOTIVO DE LA SOLICITUD: _____

FIRMA (SI NO ES EL PACIENTE MENCIONE LA RELACION)

TESTIGO

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC

PERMISO PARA DEJAR UN MENSAJE

Doy mi permiso para que el personal de *NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC* pueda dejar mensajes relacionados con el trabajo de laboratorio, resultados de biopsia, medicación ó cualquier otra información médica relacionada con mi condición en lo siguiente:

✓ **HAGA UN CHECK EN TODO LO QUE SE APLICA**

_____ **Máquina contestadora del hogar**
Teléfono #: _____

_____ **Mensaje de Voz del trabajo ó contestadora**
Teléfono #: _____

_____ **miembro de Familia (por favor haga un circulo):**
 espos/a hijos padres hermano hermana

Nombre: _____ **Teléfono #:** _____

_____ **Empleada del hogar o Niñera**
Teléfono #: _____

_____ **Secretaria**
Teléfono #: _____

NOMBRE DEL PACIENTE : _____

FECHA DE NACIMIENTO : _____

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR : _____

FECHA: _____

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC

IMPORTANTE
AVISO PARA EL PACIENTE

EL PAGO POR TODOS LOS SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS SON DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC REMITIRA RECLAMOS AL ASEGURADOR DEL PACIENTE SOLO POR CORTESIA.

SI NO ES PRONTAMENTE PAGADO POR EL ASEGURADOR , EL PAGO SERA BUSCADO DIRECTAMENTE CON EL PACIENTE .

CUALQUIER MONTO *NO PAGADO* POR LA ASEGURADORA DEL PACIENTE ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PAGAR .

FIRMA

FECHA

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC

RENUNCIA DE PRIVACIDAD DE FAX

Entiendo que mi historia médica puede ser transmitida electronicamente por fax y puede ser recibida por error por una tercera persona. En el caso de que ésto ocurra yo absuelvo a NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC de toda responsabilidad. Doy mi consentimiento de que faxeen mi historia para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de salud y entiendo que puedo retirar éste consentimiento por escrito en cualquier momento.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

FECHA

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC

**ACUSE DE RECIBO DEL
AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE :**

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC

Mediante la firma de este documento , reconosco haber recibido una copia del aviso sobre las Prácticas de Privacidad de NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC.

NOMBRE (IMPRESA)

FIRMA

FECHA

PARA USO EXCLUSIVO DE NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC

FECHA DE RECIBO DEL AVISO : _____

-O-

MOTIVO POR EL CUAL EL AVISO **NO FUE** OBTENIDO:

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC
AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE
PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PODRA SER UTILIZADA Y REVELADA Y DE QUE MANERA PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACION . POR FAVOR REVISELO CIUDADOSAMENTE .

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC utiliza la información sobre su salud para tratamientos, para obtener pagos por tratamientos , para propósitos administrativos, y para evaluar la calidad de la atención que usted recibe. La información sobre su salud esta contenida en una historia médica que es la propiedad física de The University Eye Institute , (Instituto de Ojos de la Universidad).

Como NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC Puede Utilizar o Revelar la información sobre su salud

Para Tratamientos. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede utilizar la información sobre su salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo , información obtenida por un proveedor de salud , tal como un Optometrista, un médico, enfermera o cualquier otra persona que le este brindando el servicio de salud, podrá guardar información en su historia médica relacionada con su tratamiento. Esa información es necesaria para que los proveedores de servicios de salud determinen que tratamiento debe usted recibir. Los proveedores de salud también llevarán un record referente a las acciones tomadas por ellos en el transcurso de su tratamiento y anotarán como respondió usted a dichas acciones. Si ha sido usted referido a nuestras instalaciones por un proveedor de salud fuera de NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC, ese doctor que lo refirió podría haber enviado información sobre usted con anticipación para apoyar en su tratamiento. Nosotros le proveeremos al doctor que lo refirió copias de su historia o reportes que lo ayudarán a él/ella en su tratamiento y el cuidado de su salud después que haya usted completado su evaluación en nuestras instalaciones.

Para pagos. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC podrá usar y revelar información sobre su salud a otros con el propósito de recibir un pago por el tratamiento y servicios de salud recibidos por usted. Por ejemplo , una cuenta puede ser enviada a usted o a un tercer pagador , tal como una compañía de seguros o un plan de salud. La información en la cuenta podría contener información que lo identifique a usted , a su diagnóstico y su tratamiento, o los insumos utilizados en el transcurso de su tratamiento.

Para Actividades del Servicio de Salud. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC podrá usar y revelar información sobre su salud para propósitos operativos. Por ejemplo, su información de salud puede ser revelada a miembros del staff médico, al personal de mejoramiento del riesgo y calidad y a otros para :

- evaluar el desempeño de nuestro staff;
- evaluar la calidad del cuidado y resultados en su caso y casos similares ;
- saber como mejorar nuestras instalaciones y servicios ; y
- determinar como mejorar continuamente la calidad y efectividad del servicio de salud que brindamos.

Consultas. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede usar su información para proveerlo de recordatorios de consulta , de información sobre tratamientos alternativos ó de cualquier otro beneficio y servicio relacionado con la salud que pudiera interesarlo. Usted ó un miembro de su

familia pueden ser contactados por correo y/ó teléfono al número que usted ha facilitado para recordarle la proximidad de una consulta .

Notificación. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede usar y revelar información para notificarlo o ayudar a notificar a un miembro de su familia, representante personal o cualquier otra persona responsable del cuidado de su condición general. Tiene el derecho de restringir a quien le revelamos información referente a usted.

Marketing. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC en concordancia con las restricciones, tanto Federal como Estatal, no puede revelar información sobre su salud a una tercera parte para propósitos de marketing , al menos que se haya obtenido de ante mano una autorización suya para hacer esto. Sin embargo, NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede directamente ofrecerselo "cara a cara" o por correo para oportunidades de investigación, servicios, procedimientos, o materiales ofrecidos por NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC que puedan ser de su beneficio. Si usted no desea recibir esta información, tiene el derecho de ser removido de nuestra lista de correos.

Requerido por Ley. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede usar y revelar información sobre usted tal como lo requiere la Ley. Por ejemplo, NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede revelar información para los siguientes propósitos :

- para procedimientos judiciales y administrativos seguidos por la autoridad legal ;
- para reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia domestica; y
- ayudar a los oficiales de la ley con sus obligaciones en la aplicación de la ley;

Salud Pública . su información de salud podrá ser usada ó revelada para actividades de salud pública tales como ayudar a las autoridades de la salud pública ó cualquier otra autoridad legal a prevenir o controlar enfermedades, heridas, discapacidad, ó cualquier otra actividad de supervisión del servicio de salud.

Decedents. Información de salud puede ser revelada a los directores funerarios ó forences para permitirles llevar a cabo su deberes legales .

Investigacion . NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede usar su información de salud para propósitos de investigación cuando una junta de revisión institucional, o junta privada que ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información de salud hayan aprobado la investigación. Usted puede ser contactado por teléfono ó por correo solicitandole participar en estudios específicos en NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC ó recibir información general referente a oportunidades de investigación .

Salud y Seguridad . La información sobre su salud puede ser revelada al advertir una seria amenaza para su salud , su seguridad o de cualquier otra persona de acuerdo a la ley vigente .

Funciones Gubernamentales. La información sobre su salud puede ser revelada para funciones gubernamentales especializadas tales como la protección de oficiales públicos ó reportar a las diversas ramas de los servicios armados.

Compensacion Laboral. Su información de salud puede ser usada ó revelada con la finalidad de cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con la Compensación Laboral .

Otros usos. Otros usos y revelaciones serán hechas sólo con su autorización escrita y puede revocar la autorización excepto en la medida en que NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC ya haya actuado basandose en su autorización .

Sus Derechos sobre su Información de Salud

Usted tiene el derecho a :

- solicitar una restricción en ciertos usos y revelaciones de su información como está previsto en 45 C.F.R. §164.522; sin embargo, NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC no requiere estar de acuerdo con una restricción solicitada;
- obtener una copia en papel del aviso de información sobre las prácticas de privacidad a solicitud;
- inspeccionar y obtener una copia de su historia médica como está previsto en 45 C.F.R. §164.524;
- solicitar que su historia médica sea corregida tal como está previsto en 45 C.F.R. §164.526;
- solicitar comunicaciones sobre su información de salud por medios alternativos o lugares alternativos ; y
- recibir una relación de las revelaciones hechas sobre su información de salud como está previsto por 45 C.F.R. §164.528.

Quejas

Usted puede quejarse a NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC y al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Oficina de Derechos Civiles) si usted cree que su privacidad ha sido violada . Usted no será objeto de represalia si emite una queja.

Obligaciones de NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC es requerida por ley a :

- mantener la privacidad de la información de salud protegida ;
- proveerlo de este aviso sobre sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud ;
- Cumplir con los términos de este aviso ;
- notificarlo si no podemos estar de acuerdo con una solicitud de restricción, sobre la manera en que su información es usada y revelada;
- acomodar solicitudes razonables que pueda haber realizado para comunicar información sobre su salud por medios alternativos ó en lugares alternativos; y

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de información y hacer que las nuevas previsiones sean efectivas para toda la información de salud protegida que ella guarda. Estarán disponibles para usted avisos revisados en su próxima visita.

Contacto

Si tiene alguna pregunta ó queja por favor comuníquese con :

Oficial de Privacidad

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC

Houston, Texas

Oficina: 713-942-2187

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS
HISTORIAL MEDICIO

NOMBRE _____ NUMERO EXPEDIENTE _____ FECHA _____

HISTORIAL MEDICO: Favor de contestar las siguientes preguntas.

1. A sido usted tratado por alguna condicion medica. (ejemplo diabetes, presion alta, arthritis, etc.)?

NO _____ SI _____ SI, Favor de explicar: _____

2. A tenido usted alguna enfermedad de los ojos? (ejemplo glaucoma, cataratas, desprendimiento de la retina, ojo debil, etc.)

NO _____ SI _____ SI, Favor de explicar: _____

3. A tenido usted cirugia en los ojos? NO _____ SI _____ SI, Favor de explicar: _____

4. A tenido usted alguna otra cirugia? NO _____ SI _____ SI, Favor de explicar: _____

5. A sido hospitalizado alguna vez? NO _____ SI _____ SI, Favor de explicar: _____

6. Usa usted alguna medicina para los ojos? NO _____ SI _____ SI, Favor de explicar: _____

7. Toma usted alguna medicina? NO _____ SI _____ SI, Favor de explicar: _____

8. Es usted alergica a alguna medicina o alimento? NO _____ SI _____ SI, Favor de explicar: _____

HISTORIAL SOCIAL: Usted Fuma? NO _____ SI _____ SI, cuantos? _____

Usted consume alcohol? NO _____ SI _____ SI, cuantos? _____

Si empleado, cuantas horas trabaja por semana? _____

HISTORIAL FAMILIAR: Existen enfermedades medicas o enfermedades de los ojos en su familia (ejemplo diabetes, presion alta, cancer, glaucoma, degeneracion de la macula, etc.)? NO _____ SI _____

SI, Favor de explicar: _____

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS
HISTORIAL MEDICIO

NOMBRE _____ NUMERO EXPEDIENTE _____ FECHA _____

REPASO DE SISTEMA: Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas:

Fiebre cronica inesperada, perdida de peso/aumento, cansancio, sudores en la noche?

NO ____ SI ____ SI, Favor de explicar: _____

Oido/nariz/problemas en la garganta (ejemplo perdido de oido, problemas de sinusitis, dolor de garganta, etc.)? NO ____ SI ____ SI, Favor de explicar: _____

Problemas del corazon (ejemplo dolor de pecho, latidos irregulares del corazon, etc.)?

NO ____ SI ____ SI, Favor de explicar: _____

Problemas respiratorios (ejemplo respiracion dificultosa, resuello, tos, etc.)?

NO ____ SI ____ SI, Favor de explicar: _____

Problemas gastrointestinales (ejemplo dolor o incomodidad, sangre en la orina)?

NO ____ SI ____ SI, Favor de explicar: _____

Problemas de la piel (ejemplo erupcion, sequedad excesiva, etc.)?

NO ____ SI ____ SI, Favor de explicar: _____

Problemas musculares (ejemplo dolores musculares, dolor de los huesos, inflamacion de las coyonturas, etc.)? NO ____ SI ____ SI, Favor de explicar: _____

Problemas neurologicos (ejemplo insensibilidad, debilidad, dolor de cabeza, mareos, etc.)?

NO ____ SI ____ SI, Favor de explicar: _____

Problemas psicologicos (ejemplo depresion, ansiedad, etc.)?

NO ____ SI ____ SI, Favor de explicar: _____

Otro problema? Favor de explicar: _____

SIGNATURE M.D. DATE _____

Neuro-Oftalmologia

FAVOR DE PONER SU NOMBRE Y FECHA EN CADA PAGINA Y FIRMAR EN LA ULTIMA PAGINA!

♦ **ALERGIAS:** _____

DESCRIBA REACCION: _____

♦ **INMUNIZACIONES/VACUNAS** (EN LOS ULTIMOS 6 MESES)

FECHA _____ TIPO _____

♦ **MEDICINAS ACTUALES** (INCL. VITAMINAS, ETC.)

TABLETAS	DOSIS		FRECUENCIA	
GOTAS Y CREMAS PARA EL OJO	D	I	FRECUENCIA	ULTIMA VEZ

♦ **MEDICINAS ANTERIORES** (12 MESES) INCL VITAMINAS, ETC.

TABLETAS
GOTAS Y CREMAS PARA EL OJO

♦ **HISTORIA SOCIAL:**

OCUPACION: _____

RIESGOS EN EL TRABAJO: _____

EDUCACION: _____

ESTADO MARITAL: CASADO SOLTERO DIVORCIADO VIUDO OTRO

PASATIEMPOS: _____

MASCOTAS (GATOS?): _____ ARANAZO RECIENTE? YES NO

VIAJES: _____

COME CARNE CRUDA? SI NO

TABACO: CIGARRILLOS PUROS PIPA MASTICA TABACO

USA AHORA? SI NO CUANTO? _____ CUANTO TIEMPO? _____

USO ANTES? SI NO CUANTO? _____ CUANTO TIEMPO? _____

LO DEJO? SI NO CUANDO? _____

ALCOHOL: CERVEZA VINO WHISKY OCASIONALMENTE

USA AHORA? SI NO CUANTO? _____ CUANTO TIEMPO? _____

USO ANTES? SI NO CUANTO? _____ CUANTO TIEMPO? _____

DEJO DE TOMAR/CUANDO? _____ REHAB? _____

DROGAS OCASIONALES: TIPO _____

USA AHORA? SI NO CUANTO? _____ CUANTO TIEMPO? _____

USO ANTES? SI NO CUANTO? _____ CUANTO TIEMPO? _____

DEJO DE TOMAR/CUANDO? _____ REHAB? _____

NOMBRE: _____

FECHA: ____ / ____ / ____ HISTORIA#: _____

♦ **HOSPITALIZACIONES/CIRUGIAS:**

HOSPITALIZACIONES NO-QUIRURGICAS:

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

HOSPITALIZACIONES QUIRURGICA:

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

VISITAS A LA SALA DE EMERGENCIAS:

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

CIRUGIA PACIENTE EXTERNO (NO-OCULAR):

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

CIRUGIA PACIENTE EXTERNO (OCULAR):

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

♦ **HERIDAS** (ESPECIFIQUE SI ES OCULAR):

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

♦ **TRATAMIENTOS ESPECIALES** (RADIACION O QUIMIO.):

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

♦ **ESPOSICION A QUIMICOS** (GAS, VENENOS, DROGAS, ETC.):

FECHA _____ LUGAR Y MOTIVO _____

**HISTORIA MEDICA &
FAMILIAR**

NOMBRE: _____

FECHA: ____ / ____ / ____ HISTORIA# _____

USTED O UN FAMILIAR HA TENIDO ALGUNA VEZ DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS ?

HISTORIA OCULAR:

SOLO EL PACIENTE

SOLO UN FAMILIAR

	<u>Paciente Fecha Explicar</u>	
	Si	No

	<u>Familiar Edad Relacion</u>	
	Si	No

HISTORIA MEDICA:

SOLO EL PACIENTE

SOLO UN FAMILIAR

	<u>Paciente Fecha Explicar</u>	
	Si	No

	<u>Familiar Edad Relacion</u>	
	Si	No

HISTORIA FAMILIAR:

	VIVE	EDAD	ESTADO DE SALUD	MURIO	EDAD	CAUSA DE MUERTE	ALGUNA OTRA ENFERMEDAD
MADRE	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
PADRE	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> HNA	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> HNA	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> HNA	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

**QUE OTROS DOCTORES HA VISTO EN LOS ULTIMOS 5 ANOS Y POR QUE MOTIVOS:
(SI ES POSSIBLE, DE SU NOMBRE COMPLETO, DIRECCION, TELEFONO Y ESPECIALIDAD MEDICA)**

HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS EN LOS ULTIMOS 5 ANOS?

	Normal	Anormal
<input type="checkbox"/> MRI o CAT scan del cerebro, orbita o espina dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VER (respuesta visual evocada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Puncion lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros examenes de diagnostico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTADO DE 3 DESORDENES CRONICOS

1. _____	Estable:	Si	No	Si no, explique: _____
2. _____	Estable:	Si	No	Si no, explique: _____
3. _____	Estable:	Si	No	Si no, explique: _____

Este cuestionario contiene preguntas detalladas acerca de cada uno de sus sistemas corporales. Si las contesta con precision, esta forma puede ayudar al doctor en gran medida para brindarle una mejor atencion y cuidado y tal vez usted desee mantener una copia de esta forma en sus archivos personales. Por favor, conteste, todas las siguientes preguntas. Haga un circulo donde sea apropiado. Si la respuesta es positiva, por favor ponga la fecha del incidente y explíquelo si es possible.

NEURO-OFTALMOLOGIA

Revision de Sistemas

Nombre: _____

Fecha: ___/___/___ Historia#: _____

HA USTED EXPERIMENTADO EN LOS ULTIMOS 12 MESES ALGO DE LO SIGUIENTE:

I. <u>CONSTITUCIONAL</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>	<u>EXPLICAR</u>
Ha experimentado en los ultimos 12 meses...				
♦ Cambio en su peso (mas o menos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Cambio en su apetito (mas o menos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Cuero cabelludo sensible? Dolor muscular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Fiebre cronica o persistente? escalofrios? sudor nocturno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Fatiga severa? cansancio? enfermo en cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Cual es su estatura? _____ Cual es su peso usual? _____ Cual es su peso actual? _____				

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

II. <u>OJOS</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>	<u>EXPLICAR</u>
Ha experimentado algo de lo siguiente...				
♦ Es su vision para los lejos normal en cada ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Problemas para leer (borroso, doble, imagen desplazada)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Falta de vision en algun ojo (ceguera)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Progresiva perdida de vision en algun ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Episodios de subita perdida de vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Por cuanto tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Vision distorsionada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Vision doble/separacion de imagenes/imagen fantasma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Areas sin vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Flotantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Destellos de luz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Halos alrededor de las luces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Sensibilidad con la luz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Problemas con la vision periferica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Dolor en el ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Ojos secos? boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Ojos rojos? picazon? secrecion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Parpados pegados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Tics o espasmos de los parpados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Ojos cerrandose repetidamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Parpados caidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Ojos salidos u ojos mas abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Usa anteojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Cuando le recetaron sus lentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Cuando fue su ultimo examen de ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema ocular en su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

III. <u>NEUROLOGICO</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>	<u>EXPLICAR</u>
Ha experimentado algo de lo siguiente...				
♦ Dificultad para hablar o pasar alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Dolor o dificultad para abrir la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Dolor o dificultad para masticar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Secrecion por los pezones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Cambio en su olfato o gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Problemas para escuchar? usa audifonos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Vertigo, mareos o sensacion de balanceo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Problemas con su memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

NEURO-OFTALMOLOGIA

Revision de Sistemas

Nombre: _____

Fecha: ___/___/___ Historia#: _____

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>	<u>EXPLICAR</u>
♦ Dificultad para comprender?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Adormecimiento o cosquilleo en cara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Adormecimiento o cosquilleo en brazo / mano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Adormecimiento o cosquilleo en pierna / pie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Debilidad de brazo / mano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Debilidad de pierna / pie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Tic de su brazo / mano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Tic de pierna / pie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Temblor? sacudidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Problemas para caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Problemas con su balance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Problemas de coordinacion de brazos / piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Desmayos / perdida del conocimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema neurologico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

IV. PSIQUIATRICO

Ha experimentado algo de lo siguiente...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>	<u>EXPLICAR</u>
♦ Ansiedad o depresion frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ ideas de suicidio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Cambios de animo (incluyendo mania)? ...problemas para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Alguna vez ha sido tratado por problemas psiquiatricos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

V. OIDO, BOCA, NARIZ, SENOS PARANASALES, GARGANTA, CUELLO

Ha experimentado algo de lo siguiente...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>	<u>EXPLICAR</u>
A. OIDO:				
♦ Zumbidos o ruidos en algun oido? Dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema en los oidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
B. NARIZ:				
♦ Secrecion frecuente por la nariz / estornudos / sangrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema en la nariz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
C. SENOS PARANASALES:				
♦ Secrecion por detras de la nariz? infeccion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Cefalea frecuente por sinusitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema de senos paranasales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
D. BOCA / DENTAL:				
♦ Usa dentadura postiza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Visitas frecuentes al dentista? por que?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Heridas o lesions frecuentes en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
E. GARGANTA:				
♦ Dolor de garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Cambio en su voz? ronquera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema de garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

NEURO-OFTALMOLOGIA

Revision de Sistemas

Nombre: _____

Fecha: ___/___/___ Historia#: _____

VI. CARDIOVASCULAR

Ha experimentado algo de lo siguiente...

A. CARDIACO

- | | <u>SI</u> | <u>NO</u> | <u>FECHA</u> | <u>EXPLICAR</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------|-----------------|
| ♦ Dolor en el pecho o sensacion de presion? Angina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Palpitaciones? Latidos irregulares? Marcapaso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Soplo cardiaco? Problema de valvula cardiaca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Algun otro problema cardiaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

B. VASCULAR PERIFERICO

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|-------|
| ♦ Dolor en las piernas cuando camina? coagulos en las piernas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Edema en los tobillos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Algun otro problema en las piernas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

VII. RESPIRATORIO

Ha experimentado algo de lo siguiente...

- | | <u>SI</u> | <u>NO</u> | <u>FECHA</u> | <u>EXPLICAR</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------|-----------------|
| ♦ Falta de aire? Sibilancias? Bronquitis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Tos con sangre? Dolor al respirar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

VIII. GASTROINTESTINAL

Ha experimentado algo de lo siguiente...

- | | <u>SI</u> | <u>NO</u> | <u>FECHA</u> | <u>EXPLICAR</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------|-----------------|
| ♦ Nausea / vomitos / pirosis? Ulcera? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Dolor abdominal frecuente o hinchazon? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Cambio en su habito digestivo? De que tipo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Heces negras o con sangre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Algun otro problema intestinal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

IX. GENITOURINARIO

Ha experimentado algo de lo siguiente...

A. HOMBRES Y MUJERES

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|-------|
| ♦ Ardor o dolor al orinar? Frecuencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Sangre en la orina? Calculos renales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Incontinencia? (incapacidad para retener la orina) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Heridas o lesiones en los genitales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Algun otro problema de la vejiga o los rinones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

B. HOMBRES SOLAMENTE

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|-------|
| ♦ Problemas de prostata? Secrecion por el pene? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Impotencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Algun otro problema del sistema reproductivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

C. MUJERES SOLAMENTE

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------|-------|
| ♦ Edad de su primera menstruacion? _____ | | | | |
| ♦ Numero de embarazos? _____ Abortos espontaneos? _____ Abortos? _____ | | | | |
| ♦ Complicaciones relacionadas con el parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Algun otro problema del sistema reproductivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| ♦ Menopausia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Edad? _____ | |

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

NEURO-OFTALMOLOGIA

Revision de Sistemas

Nombre: _____

Fecha: ___/___/___ Historia#: _____

Si responde SI, para y vaya a la siguiente seccion:

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>	<u>EXPLICAR</u>
♦ Ultimo periodo menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Esta embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Metodo contraceptivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Ciclo menstrual? <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> irregular			_____	_____

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la untima pegina de este cuestionario.

X. MUSCULOESQUELETICO

Ha experimentado algo de lo siguiente...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>	<u>EXPLICAR</u>
A. GENERAL				
♦ Dolor en articulaciones? Rigidez? Edema? Artritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Se ha fracturado alguna vez un hueso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema de huesos / muscular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
B. CUELLO / HOMBROS				
♦ Le han dicho si tiene crujidos? Rigidez? Nodulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Artritis, dolor o edema en el cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Manipulacion por quiropractico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema del cuello u hombros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
C. ESPALDA				
♦ Rigidez? Artritis? Dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Disco herniado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema de la espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

XI. TEGUMENTOS Y MAMAS

Ha experimentado algo de lo siguiente...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>	<u>EXPLICAR</u>
A. PIEL				
♦ Perdida de pelo? Unas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Picazon severa frecuente? Erupciones? Acne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
B. MAMAS				
♦ Enfermedad fibroquistica? Nodulos? Masas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Secrecion por los pezones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Implantes en las mammas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema en las mammas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

XII. ENDOCRINOLOGICO

Ha experimentado algo de lo siguiente...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>	<u>EXPLICAR</u>
♦ Intolerante al calor o frio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Cambio en su habito sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema endocrinologico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

NEURO-OFTALMOLOGIA

Revision de Sistemas

Nombre: _____

Fecha: ___/___/___ Historia#: _____

XIII. HEMATOLOGICO / VASOS SANGUINEOS / LINFATICOS

Ha experimentado algo de lo siguiente...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>	<u>EXPLICAR</u>
♦ Sangra o forma moretones con facilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Perdida severa de sangre o anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema de sangre, de vasos sanguineos o glandula linfaticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

XIV. ALERGIAS / INMUNOLOGIA

Ha experimentado algo de lo siguiente...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>	<u>EXPLICAR</u>
♦ Tiene algun problema de alergia ambiental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
♦ Algun otro problema del sistema inmune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Por favor puede dar mayor explicacion sobre estas preguntas en la ultima pagina de este cuestionario.

ENTIENDO QUE EL DR. _____ MI _____ ESTA ATENDIENDO TODOS LOS PROBLEMAS MARCADOS POSITIVAMENTE AQUI EN ESTA REVISION DE SISTEMAS QUE NO SON OCULARES EN NATURALEZA.

HARE UNA CITA CON EL DR. _____ MI _____ PARA ATENDER TODOS LOS PROBLEMAS MEDICOS POSITIVOS SENALADOS AQUI EN ESTA REVISION DE SISTEMAS Y QUE NO SON OCULARES EN NATURALEZA.

MARQUE AQUI SI QUIERE UNA COPIA FINALIZADA DE ESTA REVISION DE SISTEMAS.

Firma del paciente

Fecha

Comment from Interviewer: Comentarios del entrevistador:

Reliability: 0 1 2 3 4 5 Spoke directly with: Patient Family Other _____

Credibilidad: 0 1 2 3 4 5 Hablado directamente con: Paciente Familia Otros _____

DO NOT COMPLETE THIS SHADED AREA:

All of the 14 Review of System Subjects were Reviewed by: _____ Date: ___/___/___

Los 14 Topicos de la Revision de Sistemas fueron revisados por: _____ Fecha: ___/___/___

