



941-251-4930
 941-251-4929
 RetinaTreatmentCenter.com

FORMULARIO Y HISTORIAL MEDICO

Por favor escriba

Nombre _____ Fecha de Nac. ___/___/___ Fecha ___/___/___
 Dirección _____
 Telé #1 _____ #2 _____ SS#: _____ Sexo: M ___ F ___
 Email: _____ Estatus Marital: Casado ___ Viudo ___ Soltero ___ Divorciado ___
 Farmacia: _____
 Médico Remitente? _____ Médico familiar. _____

¿Usted fuma? Sí/No ¿Usted toma? Sí/No ¿Usted abusa drogas? Sí/No ¿Trabaja? Sí/No ¿Maneja? Sí/No

¿Tiene alergias a los medicamentos? Sí/No (explique) Algún miembro de su familia ha padecido de:

Familiar

Glaucoma: Sí/No _____
 Diabetes: Sí/No _____
 Transplante de Córnea: Sí/No _____
 Desprendimiento Retinal: Sí/No _____
 Degeneración Macular: Sí/No _____
 Otra enfermedad de los ojos: Sí/No _____

Por favor haga una lista de sus medicamentos ¿Hospitalizaciones quirúrgicas que **NO** haya sido de los
 (Utilize la pagina siguiente si necesita) ojos? Sí/No

Por favor explique:

¿Usted ha sido diagnosticado con diabetes? Si/No ¿Le han dicho que usted tiene cataratas? Sí/No
 ¿En que año? _____ ¿Ha tenido una cirugía de cataratas? Sí/No
 ¿Él azúcar en la sangre esta bajo control? Sí/No ¿En que año? Der _____ Izq _____
 ¿Cuál fue su última azúcar en la sangre? _____ ¿Estan usando gotas en los ojos? Sí/No
 ¿Cuál fue su última A1C? _____ ¿Cuando? _____
 ¿Como se llama las gotas?

Bradenton Office:
 1911 Manatee Ave East, Suite 101
 Bradenton, FL 34208

Sarasota Office:
 1219 East Avenue South, Suite C103
 Sarasota, FL 34239



941-251-4930
 941-251-4929
 RetinaTreatmentCenter.com

¿Tiene algunos de los siguientes problemas de los ojos incluyendo cirugía? *Si la respuesta es sí, por favor explique:*

Sí/No Desprendimiento Retinal: _____
 Sí/No Glaucoma: _____
 Sí/No Derrames: _____
 Ojo Derecho _____
 Ojo Izquierdo _____

¿Tiene algunos de los siguientes problemas medicos? Sí/No *Si la respuesta es sí, por favor explique:*

Sí/No Alta Presión: _____ Sí/No Psiquiátrico: Depresión, Ansiedad: _____
 Sí/No Cálculos Renales: _____ Sí/No HIV/ SIDA: _____
 Sí/No Artritis/Lupus: _____ Sí/No Colesterol Alto: _____
 Sí/No Cáncer: _____ Sí/No Tiroides Hipo/ Hiper: _____
 Sí/No Ataque del Corazón: _____ Sí/No Diabetes : _____
 Sí/No Fallas del Corazón: _____ Sí/No Otra Enfermedad : _____
 Sí/No Oído/Naríz/Garganta: Boca Seca, Pérdida de

Audición _____

Sí/No Corazón: Baja presión, Insuficiencia Cardíaca, Dolor de Pecho _____
 Sí/No Músculos/Ligamentos: Hinchazón, Prednisone/Usos de Esteroides _____
 Sí/No Pulmones: Tos, Tuberculosis, Sarcoidosis, Cáncer de los Pulmones _____
 Sí/No Sangre/Linfático: Anemia, Problemas de Sangrado _____
 Sí/No General: Fiebre o Pérdida o Ganancia de Peso _____
 Sí/No Digestivo: Heces con Sangre , Úlcera, Diarrea, Estreñimiento _____
 Sí/No Urinario: Impotencia or Micción Frecuente _____
 Sí/No Neurológico: problemas de Memoria; Migrañas _____

* ¿Ha recibido la vacuna contra la influenza? **Sí/No**
 * ¿Ha recibido la vacuna contra la neumocócica? **Sí/No**

Bradenton Office:
 1911 Manatee Ave East, Suite 101
 Bradenton, FL 34208

Sarasota Office:
 1219 East Avenue South, Suite C103
 Sarasota, FL 34239

