

BRAVERMAN-TERRY-OEI EYE ASSOCIATES

Patient History Questionnaire
(Cuestionario Médico del Paciente)

Name/Nombre: _____

Today's Date/Fecha: _____ Birth Date/Fecha de Nacimiento: _____ Age/Edad: _____

Date of Last Eye Exam/Fecha del exámen más reciente de los ojos: _____

Name of Referring Physician/Nombre del doctor que lo/la referió: _____

List All Medications: _____
(Enumere las medicinas que está tomando)

Allergies/Alergias: _____

Medical History/Historia Medica:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heart disease (<i>Enfermedad del corazón</i>) | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Stroke (<i>Ataque al cerebro</i>) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure (<i>Alta presión</i>) | <input type="checkbox"/> Arthritis (<i>Artritis</i>) |
| <input type="checkbox"/> High cholesterol (<i>Alto Colesterol</i>) | <input type="checkbox"/> Thyroid disease (<i>Enfermedad de la tiroide</i>) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Eye Disease (<i>Enfermedad de los ojos</i>) | |
| <input type="checkbox"/> Other (Please list below) (<i>Por favor enumere otras enfermedades</i>) | |

Please list all surgical procedures you have had in the past:

(Por favor enumere las cirugías mas recientes que ha tenido):

- Do you smoke?** (*¿Usted Fuma?*)
- Are you pregnant?** (*¿Esta usted embarazada?*)
- Do you use alcohol?** (*¿Toma usted bebidas alcohólicas?*)
- If yes, how often?** (*¿Con que frecuencia?*) _____

Family History: Do any blood relatives have any of the following?

(Historia Familiar): ¿Tiene familiares con problemas en estas areas?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heart disease (<i>Enfermedad del corazón</i>) | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Stroke (<i>Ataque al cerebro</i>) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure (<i>Alta presión</i>) | <input type="checkbox"/> Arthritis (<i>Artritis</i>) |
| <input type="checkbox"/> High cholesterol (<i>Alto Colesterol</i>) | <input type="checkbox"/> Thyroid disease (<i>Enfermedad de la tiroide</i>) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Eye Disease (<i>Enfermedad de los ojos</i>) | |
| <input type="checkbox"/> Other (Please list below) (<i>Por favor enumere otras enfermedades</i>) | |

(OVER)

Physician's Initials: _____

Date: _____

PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE
(Cuestionario Médico)

Review of Symptoms (*Repaso de Síntomas*)

Do you currently have any problems in the following areas? If “yes,” please provide information.

(¿Tiene problemas actualmente en alguna de las siguientes áreas? Si tiene problemas, por favor enumere los problemas.)

	Explanation of Problem <i>(Explicación del problema)</i>
<input type="checkbox"/> Constitutional Symptoms <i>(Fever, weight loss) (fiebre, perdida de peso)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Ears, nose, month, throat <i>(Oídos, nariz, boca, garganta)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Cardiovascular (heart/blood vessels) <i>(Corazón/venas/sangre)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Respiratory (lungs/breathing) <i>(Respiratorio – pulmones/respiración)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal (stomach/intestines) <i>(Estómago/intestinos)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Genitourinary (genitals/kidney/bladder) <i>(Urinario – genitales/riñones/vejiga)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Musculoskeletal (muscles/joints) <i>(Músculos/coyunturas)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Integumentary (skin/breast) <i>(Integumental – piel/pecho)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Neurological <i>(Neurológico)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Psychiatric <i>(Psiquiátrico)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Endocrine (hormones/glands) <i>(Endocrinario – hormonas/glándulas)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Hematologic/Lmyphatic (blood/lymph nodes) <i>(sangre/nudos lympháticos)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Allergic/Immunologic <i>(Alérgico/Inmunológico)</i>	_____

Physician's Initials: _____
Date: _____