

# REVISIÓN DE APARATOS O SISTEMAS

**Nombre del paciente:**

**Fecha:**

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OA (Iniciales): \_\_\_\_\_

Doctor que lo refirió: \_\_\_\_\_

¿Es usted **alérgico o ha desarrollado alergias** a algún medicamento desde su última visita?

**SI      NO**

Especifique: \_\_\_\_\_

Mencione antecedentes médicos y duración de estos: (Glaucoma >6meses, Diabetes >2años, Presión Alta >5años, Accidentes) \_\_\_\_\_

Mencione si ha tenido cirugías y en que año fueron realizadas (Ejemplo: Vesícula, 1993): \_\_\_\_\_

## ¿TIENE USTED PROBLEMAS EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AREAS?

<b>SI ES ASI, ESPECIFIQUE (CIRCULE SI ES NECESARIO)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ESPECIFIQUE</b>
<b>PÉRDIDA DE LA VISION</b>			
Pérdida repentina, Pérdida gradual, Visión borrosa			
Luces que destellan / Puntos negros o "cuerpos flotantes"			
Dolores de cabeza / Espacios en blanco en la visión			
Sensibilidad a la luz o al reflejo del sol			
Pérdida de la visión periférica (a los lados)			
Visión doble			
Cortina o velo en la visión			
Ressequedad – Enrojecimiento – Picazón – Irritación			
Lagañas en exceso – Infección del parpado			
Sensación de arenilla en los ojos			
Sensación de cuerpo extraño			
Lagrimo en exceso			
Ojo cruzado/ ojo "perezoso"			
Parpado caído			
<b>SALUD EN GENERAL</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ESPECIFIQUE</b>
Fiebre, pérdida de peso, infecciones, otro.			
<b>OREJAS, NARIZ, GARGANTA</b>			
Nariz tapada, dolor de oídos, pérdida de la audición, tos, boca seca, dolor de garganta, síntomas de gripe, otro.			
<b>CARDIOVASCULAR</b>			
Presión alta, palpitaciones, dolor de pecho, otro.			
<b>SISTEMA RESPIRATORIO</b>			
Falta de aire al ejercitarse, tos, asma, flemas, tos con sangre			

<b>SISTEMA DIGESTIVO</b>			
Úlceras, dolor, náusea, vómito, diarrea, estreñimiento			
<b>GENITALES, RIÑONES, VEJIGA</b>			
Dolor/+ Frecuencia al orinar, impotencia, próstata crecida			
<b>MUSCULOS, ARTICULACIONES, HUESOS</b>			
Debilidad, dolor, hinchazón, calambres, entumecimiento, Espasmos, etc.			
<b>PIEL</b> (Erupciones, resequedad, úlceras )			
<b>NEUROLOGICO</b> (Entumecimiento, picazón, debilidad)			
<b>PSIQUIATRICO</b> (Ansiedad, depresión, insomnia)			
<b>SISTEMA ENDOCRINO</b> (diabetes, tiroides, etc.)			
<b>SISTEMA SANGUINEO/LINFOIDE</b> (Anemia, sangrado)			
<b>SISTEMA INMUNOLOGICO/ALERGIAS</b>			
Estornudos, enrojecimiento, picazón, urticaria, etc.			

HISTORIA FAMILIAR      M=MADRE    P=PADRE    H=HIJOS    A=ABUELOS

<b>ENFERMEDAD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PARENTESCO</b>
CEGUERA			
GLAUCOMA			
ARTRITIS			
CANCER			
DIABETES			
ENFERMEDAD DEL CORAZÓN, O PRESIÓN ALTA			
ENFERMEDAD RENAL (RIÑONES)			
LUPUS			
EMBOLIA			
ENFERMEDAD DE LA TIROIDES			
PÉRDIDA DE LA AUDICION			
OTRO			

<b>ANTECEDENTES SOCIALES DEL PACIENTE</b>			
OCUPACIÓN			
EDUCACIÓN			
ESTADO CIVIL (Ejemplo: Soltero, Casado)			
¿MANEJA? DIA Y NOCHE	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
¿TIENE USTED PROBLEMAS PARA MANEJAR?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
¿TIENE PROBLEMAS PARA VER DE NOCHE?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
¿HA UTILIZADO LENTES DE CONTACTO?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
¿USA LENTES DE CONTACTO?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	¿POR CUANTO TIEMPO?
¿USA LENTES?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	¿POR CUANTO TIEMPO?
¿TOMA ALCOHOL?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	EN OCASIONES - 1/DIA - 2-3/DIA - +4/DIA
¿FUMA?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	EN OCASIONES - # PAQUETES:

PHYSICIAN'S SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_