

# Historia Social

*Esta información es estrictamente confidencial, salvo que quiera discutir este tema con el doctor personalmente.*

Marque aquí si quiere.

¿Maneja?  no  sí      ¿Tiene dificultad con su vista cuando maneja?  no  sí      Si tiene dificultad, explique:

¿Fuma?  no  sí      Si fuma, que tipo de tabaco usa, cantidad, y por cuanto tiempo ha fumado: \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas?  no  sí      Si toma, que producto, cantidad, y por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

¿Usa drogas ilegales?  no  sí      Si usa drogas, que tipo, cantidad, y por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Se ha exbusto ó se ha infectado con:  Gonorrea     Hepatitis     SIDA     Sífilis

## Repaso de Sistemas

Ha tenido problemas en las siguientes areas:

SISTEMA	NO	SÍ	?		NO	SÍ	?
<b>CONTITUCIONAL</b>							
Fiebre, Subida/Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>INTEGUMENTARIO</b> (piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>NEUROLÓGICO</b>							
Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Jaqueca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ataques Epilepticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>OJOS</b>							
Pérdida de la Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Visión Nublada/Empañada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Visión Distorcionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pérdida de Vision Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Doble Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ojos Resecos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Conjuntivitis/Legañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ojos Rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ojos Arenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Picazón/Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Irritación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensación de Cuerpo Foráneo Ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Exceso de Lagrimeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensibilidad a Luz/Sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dolor de Ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Infección Crónica de los Ojos ó Párpados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Horzuelos (styes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Focos de Luz en la Vista Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ojos Cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>ENDOCRINOLÓGICO</b>							
Tiroides/Otras Glandulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<b>OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA</b>			
				Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Congestión Nasal/Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Mucosidad Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Tos Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Resequedad de la Boca ó Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>RESPIRATORIO</b>			
				Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>VASCULAR / CARDIOVASCULAR</b>			
				Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Dolor de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>GASTROINTESTINAL</b>			
				Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>GENITOURINARIO</b>			
				Genitalia/Riñon/Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>HUESOS / ARTICULACIONES / MÚSCULOS</b>			
				Artritis Reumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Dolor de Músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Dolor de Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>LINFÁTICO / HEMATOLÓGICO</b>			
				Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Problemas de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>ALERGICO / IMUNOLÓGICO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>PSIQUIATRICO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si marca sí, explique y liste las medicinas que usa.

Firma del Doctor

Fecha