

Frank Eye Center
1401 S Main St
Ottawa, KS 66067
785-242-4242

Kenneth J. Frank, MD
Chad S. Mies, OD
Fax: 785-242-7885

CUESTIONARIO MÉDICO

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estado civil: C S V

Por qué nombre quieres que te llamen?: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Referido por: _____

Farmacia preferida: _____ Dirección: _____

Cuál es tu método de contacto preferido?: Correo electrónico Mensaje de texto Teléfono Correo

Alergias a medicamentos: _____

Haga una lista de las gotas para los ojos que está tomando actualmente y con qué frecuencia:

Haga una lista de todos los medicamentos, vitaminas, hierbas y/o parches (incluya la concentración):

Haga una lista de todas las enfermedades importantes (glaucoma, diabetes, presión arterial alta, ataque cardíaco, etc.) O lesiones (conmociones cerebrales, etc.): _____

Enumere todas las cirugías CON fechas: (es decir, cataratas, apendicectomía): _____

¿Le gustaría acceder a sus registros médicos a través de un portal seguro en línea? SÍ NO

¿Tiene un apoderado de atención médica (alguien que puede tomar decisiones médicas por usted, si usted no puede)? SÍ NO

ENFERMEDAD	MIEMBRO DE LA FAMILIA	ENFERMEDAD	MIEMBRO DE LA FAMILIA
Ceguera		Golpe	
Catarata		Enfermedad cardíaca	
Glaucoma		Enfermedad de la tiroides	
Degeneración macular		Cáncer	
Diabetes		Otro:	
Hipertensión			

Antecedentes familiares: (M=Madre, P=Padre, AA=Abuela, AO=Abuelo, B=Hermano, S=Hermana)

Frank Eye Center
 1401 S Main St
 Ottawa, KS 66067
 785-242-4242 **CUESTIONARIO MÉDICO**
 Nombre: _____

Kenneth J. Frank, MD
 Chad S. Mies, OD
 Fax: 785-242-7885

PÁGINA 2

¿Tiene actualmente algún problema en las siguientes áreas? (En caso afirmativo, sírvanse proporcionar información adicional)

REVISIÓN DE SISTEMAS	SÍ	NO	DETALLES:
Cardiovasculares (dolor en el pecho, latidos cardíacos irregulares, dificultad para respirar, presión arterial alta, etc)			
General/Constitucional (fatiga, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, aumento de peso)			
Alergia (secreción nasal crónica, picazón, lupus, etc.)			
Genital, riñón, vejiga (dolor al orinar, urgencia, próstata, etc.)			¿Alguna vez has tomado Flomax (tamsulosina) o Rapaflo (silodosina)?
Oídos, nariz y garganta (pérdida de audición, dolor de garganta, mareos)			
Hematológicos (sangrado, colesterol alto, anemia, hematomas, etc.)			
Metabólicas (intolerancias al frío, intolerancia al calor, sed excesiva, etc.)			
Músculos, huesos, articulaciones (dolor de espalda, dolor articular, dolores musculares, hinchazón, etc.)			
Endocrino (diabetes, tiroides)			
Neurológicos (problemas de equilibrio, dolor de cabeza, entumecimiento, convulsiones, etc.)			
Psiquiátricas (ansiedad, depresión, insomnio)			
Respiratorias (tos, dificultad para respirar, sibilancias)			
Piel (caída del cabello, erupción cutánea, lesiones)			
Tuberculosis (¿prueba de tuberculosis positiva? ¿Estuvo expuesto a la tuberculosis en el pasado? ¿Medicado para la tuberculosis?)			
Mujeres: ¿estás embarazada? ¿Enfermería?			

Historia Social:

¿Cuál es tu ocupación? _____ Pasatiempos: _____

¿Su visión limita alguna actividad de la vida diaria? (conducir, leer, deportes, trabajar, computadora, etc)? SÍ NO En caso afirmativo, sírvase indicar: _____

¿Bebes alcohol? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

Frank Eye Center
1401 S Main St
Ottawa, KS 66067

Kenneth J. Frank, MD
Chad S. Mies, OD
Fax: 785-242-7885

785-242-4242 **CUESTIONARIO MÉDICO**

¿Usted fuma? Sí NO En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Cuántos años? _____

¿Eres un ex fumador? _____ ¿Cuántos años? _____

¿Con qué frecuencia tiene problemas para entender lo que le dicen sobre su afección médica?

1. Siempre 2. Frecuentemente 3. A veces 4. Ocasionalmente 5. Nunca