

## QUESTIONARIO MEDICO ANNUAL

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Lista cualquier **medicamento** que este tomando actualmente (con receta o sin receta):

Tiene usted alguna alergia a medicinas: ☐ SI ☐ NO

Si tiene alguna alergia medica, lista el medicamento; \_\_\_\_\_

Lista cualquier **enfermedad** que tenga (glaucoma, diabetes, alta presión, ataque cardiaco, etc.) o accidente (conmoción cerebral, etc.):

Lista cualquier **cirugía** que usted ha tenido (catarata, etc.):

### **Tiene usted algún problema en las áreas siguientes? Si "SI" proporcione información**

	SI	NO	DETALLES
<b>OJOS</b>			
<b>GENERAL</b>			
<b>OIDOS, NARIZ, GARGANTA</b>			
<b>CARDIOVASCULAR</b>			
<b>GASTROINTESTINAL</b>			
<b>RESPIRATORIO</b>			
<b>GENITAL, RINON, VEJIGA</b>			
<b>SANGRE</b>			
<b>MUSCULOS, HUESOS</b>			
<b>PIEL</b>			
<b>NEUROLOGICO</b>			
<b>PSIQUIATRICO</b>			
<b>ENDOCRINO</b>			
<b>ALLERGIAS</b>			

### **FAMILIA**

Algún cambio es su historieta familiar? SI NO

Si "SI" describa \_\_\_\_\_

### **HISTORIETA SOCIAL**

Cambios en empleo? \_\_\_\_\_

Usted maneja? SI NO

Tiene problemas mirando en la noche? SI NO

Toma alcohol? SI NO Cuando toma? \_\_\_\_\_

Fuma? SI NO Cuanto fuma? \_\_\_\_\_