

BRAVERMAN-TERRY 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 examen 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)*:

- | | |
|--|---|
| _____ Heart disease <i>(Enfermedad del corazón)</i> | _____ Cancer |
| _____ Stroke <i>(Ataque al cerebro)</i> | _____ Diabetes |
| _____ High blood pressure <i>(Alta presión)</i> | _____ Arthritis <i>(Artritis)</i> |
| _____ High cholesterol <i>(Alto Colesterol)</i> | _____ Thyroid disease <i>(Enfermedad de la tiroide)</i> |
| _____ HIV | |
| _____ Hepatitis | |
| _____ Other <i>(Please list below) (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?)*: No *(No)* _____ Yes *(Si)* _____

Are you pregnant? *(¿Esta usted embarazada?)*: No *(No)* _____ Yes *(Si)* _____

Do you use alcohol? *(¿Toma usted bebidas alcohólicas?)* No *(No)* _____ Yes *(Si)* _____

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?

- | | |
|---|---|
| _____ Heart disease <i>(Enfermedad del corazón)</i> | _____ Cancer |
| _____ Stroke <i>(Ataque al cerebro)</i> | _____ Diabetes |
| _____ High blood pressure <i>(Alta presión)</i> | _____ Glaucoma |
| _____ High cholesterol <i>(Alto Colesterol)</i> | _____ Thyroid disease <i>(Enfermedad de la tiroide)</i> |
| _____ Eye Disease <i>(Enfermedad de los ojos)</i> | _____ HIV |
| _____ Arthritis <i>(Artritis)</i> | |
| _____ Hepatitis | |
| _____ Other <i>(Please list below) (Por favor anote cualquier otra enfermedad):</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.)

	NO (No)	YES (Sí)	Explanation of Problem (Explicación del problema)
Constitutional Symptoms (Fever, weight loss) (<i>fiebre, perdida de peso</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ears, nose, mouth, throat (<i>Oídos, nariz, boca, garganta</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cardiovascular (heart/blood vessels) (<i>Corazón/venas/sangre</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Respiratory (lungs/breathing) (<i>Respiratorio – pulmones/respiración</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gastrointestinal (stomach/intestines) (<i>Estómago/intestinos</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Genitourinary (genitals/kidney/bladder) (<i>Urinario – genitales/riñones/vejiga</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Musculoskeletal (muscles/joints) (<i>Músculos/coyunturas</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Integumentary (skin/breast) (<i>Integumental – piel/pecho</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurological (<i>Neurológico</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychiatric (<i>Psiquiátrico</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Endocrine (hormones/glands) (<i>Endocrinario – hormonas/glándulas</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hematologic/Lymphatic (blood/lymph nodes) (<i>sangre/nudos lympháticos</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergic/Immunologic (<i>Alérgico/Inmunológico</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physician's Initials: _____
Date: _____