

Warren H. Heller, M.D. Office

Fecha: ___/___/___

Apellido: _____ Nombre _____ MI _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Teléfono (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____

Emergencias- Nombre de contacto _____ Teléfono (____) _____ - _____

INFORMACIÓN MEDICA: Tiene condiciones medicas de la lista abajo:

	<u>Si / No</u>		<u>Si / No</u>		<u>Si / No</u>
Alta Presión	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Urinario	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza / Migrañas	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Tiroides /Glándula Endocrina	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Sistema Nervioso	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Desordenes Mental	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Oído / Nariz / Garganta	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Sangre /Ganglio Linfático	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Alérgico / Inmunológico	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Músculos / Huesos	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Respiratorio / Asma	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Condiciones de la piel	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Cardiovascular	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	(SIDA) HIV positivo	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Fecha de vacuna de tétano ___/___/___		Otras condiciones:	_____		

Diabetes Sí / No Tipo: _____ Insulina Sí / No Fecha de diagnosis ___/___/___

Alergias a medicamentos: Sí / No Tipo: _____ Reacciones _____

Problemas médicos _____

Medicamentos _____

Lista de operaciones pasadas Sí / No Tipo _____ Fecha ___/___/___

Tipo _____ Fecha ___/___/___ Tipo _____ Fecha ___/___/___

Doctor referido _____ Teléfono(____) _____ - _____ Fecha de la ultima cita ___/___/___

Informacion Social

Fuma usted? Si No

Es tomador social? Si No

Información Familiar

Alta Presión	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Relación _____	Degeneración Macular	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Relación _____
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Relación _____	Desprendimiento de Retina	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Relación _____
Glaucoma	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Relación _____	Cataratas	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Relación _____

Si usa anteojos (gafas) Sí / No

Usa lentes de contacto Sí / No

Problemas o condiciones de los ojos _____

Glaucoma: Sí / No Cataratas: Sí / No Degeneración Macular: Sí / No

Ojos secos: Sí / No Desprendimiento de retina: Sí / No

Perdida de visión: Sí / No Sensible a la luz: Sí / No

Dolor de ojos: Sí / No Irritación de los ojos o párpados Sí / No

Lagrimas excesivas: Sí / No Párpado caído Sí / No

Ojos Pegajosos Sí / No Doblé visión Sí / No Bolita en el párpado Sí / No

Operaciones de los ojos: Sí / No Fecha: ___/___/___

Firma de paciente o guardián: _____ Fecha: ___/___/___