**Ontario Medical Associates** Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jeffrey C. Pitts, M.D**. Fecha de nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Medico y Cirujano

269 S.W. 19TH STREET

ONTARIO OREGON, 97917

(541) 889-3106

**REVISION COMPLETA DE LOS SISTEMAS**

**REVISION MEDICA GENERAL DE SISTEMAS**

**SUFRAS O HAS TENIDO :**

* ¿Fiebre reciente o perdida inusual de peso o dolores de cabeza? No\_\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
* ¿Perdida de la audición, sinusitis o dificultad para deglutir? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
* ¿Dolor en el pecho, latidos cardiacos irregulares, inflamación de los pies? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
* ¿Dificultad para respirar, tos crónica esputo sanguinolento? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
* ¿Diarrea, estreñimiento, sangrienta heces, dolor abdominal? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
* ¿Problemas urinarios o secreción genital? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
* ¿Dolores musculares, dolores articulares o Artritis? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
* ¿Erupción cutánea, cambios en las manchas de la piel, masa mamaria o descarga? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
* ¿Perdida de memoria, desmayo, debilidad? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
* ¿Alucinaciones, depresión, problemas emocionales? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
* ¿Micción excesiva, sed frecuente, fatiga, diabetes, tiroides? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
* ¿Problemas de sangrado, inflación de los ganglios linfáticos, infecciones frecuentes? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
* ¿Otras síntomas inusuales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA PASADA**  Medico Regular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*¿Tienes problemas de salud?*  No  Si *Si es así por favor circule abajo:*

ENFERMEDAD DE CELULA FALCIFORME ULCERA ENFERMEDAD DE LA CAROTIDA

ATAQUE AL CORAZON CANCER TRASTORNA DE LA TIROIDES

DERRAME CEREBRAL ASMA ALTA PRESION SANGUINEA

ARTRITIS REUMATOIDE ANGINA ENFISEMA

HIV/SIDAS DIABETES

**HISTORIA SOCIAL**

¿*Fumas tabaco?*  NO YES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *paquetes por día \_\_\_\_\_\_\_\_\_ anos*

*¿Bebes alcohol?*  NO YES ¿Si si, cuanto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*¿Estas trabajando?*  NO YES ¿Si si, cuál es tu trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA QUIRUGICA**

*¿Ha tenido alguna cirugía distinta a la cirugía ocular?*  NO SI *Si es si, por favor liste:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿*Ha tenido alguna lesión o hospitalización reciente*? NO SI *Si es si, por favor liste:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**MEDICAMENTOS**

¿*Toma medicamentos regularmente?* NO SI *Si es si, por favor liste:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**ALERGIAS**

¿*Tienes alergia a medicamentos o otras sustancias*? NO SI *Si es si, por favor liste:*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REVISION OFTALMOLOGICA DE SISTEMAS**

¿*Tienes alguno de los siguientes problemas oculares*? NO SI *Si es si, por favor circule abajo*

DIFICULTAD PARA LEER DIFICULTAD PARA CONDUCIR MALA VISION A DISTANCIA

VISION DOBLE DOLOR DE OJO PARPADOS HINCHADOS

SECRECION OCULAR CATARATAS GLAUCOMA

EXCESIVO LARIMEO DEGENERACION MACULAR DESLUMBRAMIENTO

OJO VAGO LUCES PARPADEANTES FLOTANTES/MANCHAS

ENFERMEDAD OCULAR DIABETICA

Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Si ni uno de los anteriores, cual es la razón de su visita? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido cirugía ocular o cirugía laser? NO SI *Si es si, por favor circule abajo*

CIRUGIA DE CATARATAS GLAUCOMA CIRUGIA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA

CIRUGIA DE PARPADO LASIK LASER DESPUES CATARATA

LASER PARA EL ERROR DE REFRACCION LASER PARA LA DEGENERACION MACULAR

LASER PARA GLAUCOMA QUERATOTOMIA RADIAL

CIRUGIA DEL MUSCULO OCULAR LASER PARA LA DIABETES

OTRA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*¿Usa gotas para los ojos o toma medicamentos para los ojos regularmente?*

NO SI *Si es si, por favor liste:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**HISTORIA FAMILIA**

¿Tienes parientes con enfermedades oculares o otras problemas médicas?

NO SI *Si es si, por favor circule abajo*

GLAUCOMA CEGUERA NOCTURNA OJO VAGO

DEGENERACION MACULAR ALTA PRESION SANGUINEA OJOS CRUZADOS

DIABETES ENFERMEDAD DEL CORAZON CANCER

DERRAME CEREBRAL DESPRENDIMIENTO DE RETINA RETINITIS PIGMENTOSA

*Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Reviewed\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M.D. Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reviewed\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reviewed\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reviewed\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_