

MEDICAL QUESTIONNAIRE
Cuestionario Medico

PATIENT NAME / Nombre: _____ **Date/Fecha:** _____

HAVE YOU HAD ANY OF THE FOLLOWING: / ¿Ha tenido lo siguiente?

Yes/Si No EYE: / Ojo:

- Have you had Cataract Surgery? / ¿Ha tenido cirugía de Catarata?
- Do you wear contact lens? / ¿Usa lentes de contacto?
- Eye injury / Lesión del ojo
- Glaucoma / Glaucoma

Yes/Si No HEART: / Corazón:

- Chest pain, angina / Dolor o angina de pecho
- Heart Attack / Ataque(s) Cardíaco
- High Blood Pressure / Tensión arterial alta

Yes/Si No LUNG: / Pulmones:

- Asthma / Asma
- Bronchitis / Bronquitis
- Emphysema / Enfisema
- Hay Fever / Fiebre del heno
- Shortness of breath / Falta de respiración
- Tuberculosis / Tuberculosis
- Other lung problems? / ¿Otro problema de los pulmones?

Yes/Si No NEUROLOGICAL: / Neurológico:

- Convulsions / Convulsiones
- Paralysis / Parálisis
- Stroke / Embolio

Yes/Si No URINARY: / Urinario:

- Bladder / Vejiga
- Kidney Problems / Problemas del riñón
- Prostate / Prostata

Yes/Si No

- ARTHRITIS / Artritis:**
- BLOOD DISEASE/SICKLE CELL / Enfermedad de la sangre/celula de hoz:**
- DIABETES / Diabetes:**
- FEVER / WEIGHT LOSS / Fiebre / Perdida de Peso:**
- PSYCHIATRIC PROBLEMS / Problemas Psiquiátricos:**
- STOMACH / HEPATITIS / LIVER DISEASE / Estómago / Hígado:**
- THYROID DISEASE / Enfermedad de tiroides:**

OTHER ILLNESSES NOT MENTIONED: _____

Alguna otra enfermedad no indicada anteriormente: _____

ALLERGIES: None Yes; Please List: _____

Alergias: Anote las alergias a medicinas o cualquier otra sustancia: _____

FAMILY ILLNESSES / Enfermedades de familia:

Mother / Madre: _____ **Father / Padre:** _____

HEALTH HABITS / Hábitos de salud:

Circle which substances you use: Herbal Supplements Alcohol Drugs Tobacco
Circule las sustancias que usa: Suplementos herbarios Alcohol Drogas Tabaco

Please list MEDICATIONS you are currently taking, including eye drops. _____ None

Anote los medicamentos que toma, incluyendo gotas para los ojos:

PHARMACY: _____ **CITY:** _____ **PHONE:** _____