



**Patient Name:** \_\_\_\_\_  
*(Nombre)*

**Appointment Date:** \_\_\_\_\_  
*(Fecha de Cita)*

**Primary Care Doctor:** \_\_\_\_\_  
*(Doctor Primario)*

**Referring Physician:** \_\_\_\_\_  
*(Doctor de Referencia)*

**Please answer the following questions as completely as possible:**  
*(Favor de contestar las preguntas lo mas que puedas)*

<b>Personal Medical History (Historia Personal Medica)</b>			
<b>Have you ever had?</b> <i>(Has Tenido?)</i>	<b>Yes(Si)</b>	<b>No(No)</b>	<b>If yes, please list date of diagnosis</b> <i>(Fecha cuando lo diagnosticaron)</i>
<b>Diabetes Mellitus (Diabetes)</b>			
<b>Hypertension (High blood pressure) (AltaPrescion)</b>			
<b>Stroke (Ataque de cerebro)</b>			
<b>Rheumatoid Arthritis/Sjogren's syndrome</b> <i>(Artritis/Sindrome de Sjogren 's)</i>			
<b>Hydroxychloroquine or Plaquenil use</b> <i>(Uso de Plaquenil)</i>			
<b>Tuberculosis (Tuberculosis)</b>			
<b>Cancer (type) (Cancer - Que tipo)</b>			

**Other Medical Conditions: (Otras Condiciones Medica)** \_\_\_\_\_

<b>Personal Eye History (Historia Personal de los Ojos)</b>			
<b>Have you ever had? (Has tenido)</b>	<b>Yes (Si)</b>	<b>No(No)</b>	<b>If yes, please list date of diagnosis / eye</b> <i>(Fecha cuando lo diagnosticaron)</i>
<b>Glaucoma (Glaucoma)</b>			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<b>Uveitis/Iritis (Iritis)</b>			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<b>Retinal Detachment or Tear</b> <i>(Desprendimiento de la Retina)</i>			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<b>Loss of vision (Perdida de vista)</b>			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<b>Macular Degeneration</b> <i>(Degeneration de la Macula)</i>			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<b>Cataract Surgery (Operacion de Cataratas)</b>			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<b>Laser Surgery (Operacion de Laser)</b>			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<b>LASIK/PRK (Operacion de LASIK/PRK)</b>			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<b>Retina Surgery (Operacion de la Retina)</b>			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L

**Other Eye Surgery:** \_\_\_\_\_  
(Otras operaciones de los ojos)

**Other Eye Problems:** \_\_\_\_\_  
(Otros Problemas de los ojos)

**Other Surgical History:** \_\_\_\_\_  
(Otras Operaciones)

<b>Family History</b> ( <i>Historia Familiar</i> )			
<b>Do any of your blood relatives – Living or Deceased – have any of the following diseases?</b> ( <i>Algun quien su parientes- vivo o muerte</i> )			
	<b>Yes</b> ( <i>Si</i> )	<b>No</b> ( <i>No</i> )	<b>Relative</b> ( <i>Parientes</i> )
<b>Diabetes Mellitus</b> ( <i>Diabetes</i> )			
<b>Glaucoma</b> ( <i>Glaucoma</i> )			
<b>Macular Degeneration</b> ( <i>Degeneracion de la Macula</i> )			
<b>Hereditary Eye Disease</b> ( <i>Enfermedades Hereritarios de los ojos</i> )			
<b>Retinal Detachment</b> ( <i>Desprendimiento de la Retina</i> )			
<b>Other Eye Diseases</b> ( <i>Otras enfermedades de los ojos</i> )			

<b>Personal Social History</b> ( <i>Historia Social</i> )				
<b>Have you ever or do you currently?</b> ( <i>Has Tenido</i> )	<b>Yes</b> ( <i>Si</i> )	<b>No</b> ( <i>No</i> )	<b>Sometimes</b> ( <i>A Veces</i> )	<b>Quit</b> ( <i>Dejo de usar</i> )
<b>Drink Alcohol</b> ( <i>Consumes Alcol</i> )				
<b>Use Illicit drugs</b> ( <i>Usas Drogas</i> )				
<b>Use IV drugs</b> ( <i>Usas inyecciones para drogas</i> )				
<b>Smoke</b> ( <i>Fumas</i> )				
<b>If Yes, how many packs per day?</b> ( <i>Cuantos paquetes al dia?</i> ) _____				

**Do you have ALLERGIES to medications? Please list in the spaces provided:**  
(*Tienes Alergias a medicinas? Por Favor, listo en el previsto espacio*)

**Medications:** (*Medicamentos de Alegria*)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Reaction:** (*Reaccion*)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

