

OMNI EYE SERVICES PATIENT MEDICAL HISTORY AND REVIEW OF SYSTEMS
OMNI EYE SERVICES HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE Y REPASO DE LOS SISTEMAS DEL CUERPO



Patient Name: (Nombre del paciente): _____ Date: (Fecha): _____

Eye Doctor: (Optómetra): _____ Phone: (Numero telefónico) _____ Medical Doctor: (doctor): _____ Phone: (Numero telefónico) _____

Do you currently experience any of the following symptoms of an undiagnosed condition? (Tiene algun sintoma de una condicion no diagnosticada?)

Please circle yes or no (Y or N) for each question. (Por favor marque si o no (Y o N) con un circulo para cada pregunta.)

CONSTITUTION (Constitucional)

Fatigue (Fatiga) Y N
 Fever (Fiebre) Y N
 Headache (Dolor de cabeza) Y N
 Night sweats (Sudor en la noche) Y N
 Weight gain (Subida de peso) Y N
 Weight loss (Perdida de peso) Y N

EARS, NOSE, THROAT (Oído, Nariz, Garganta)

Hearing Loss (Pérdida de audición) Y N
 Tinnitus-ringing in the ear (Zumbido en los oídos) Y N
 Vertigo- dizziness (Vértigo- mareos) Y N
 Nasal congestion (Congestión nasal) Y N
 Sinus problems (Sinus) Y N
 Hoarseness (Ronquera) Y N
 Lump in neck (Bulto en la garganta) Y N
 Sore throat (Dolor de garganta) Y N

CARDIOVASCULAR (Cardiovascular)

Calf pain (Dolor de pantorrilla) Y N
 Chest pressure or discomfort (Presión de pecho o incomodidad) Y N
 Irregular heart beat (Latido de corazón irregular) Y N
 High blood pressure (Presión arterial alta) Y N

RESPIRATORY (Respiratorio)

Cough (Tos) Y N
 Shortness of breath (Falta de respiración) Y N
 Shortness of breath on exertion (Falta de respiración por agitación) Y N
 Coughing up blood (Tos con sangre) Y N
 Wheezing (Silbido cuando respira) Y N

GASTROINTESTINAL (Gastrointestinal)

Abdominal pain (Dolor abdominal) Y N
 Black tarry stools (Heces negras y sangrosas) Y N
 Constipation (Estreñimiento) Y N
 Decreased appetite (Apetito disminuido) Y N
 Difficulty swallowing (Problemas para tragar) Y N
 Food intolerance (Intolerancia a la comida) Y N
 Heartburn (Acidez) Y N
 Increased appetite (Apetito incrementado) Y N
 Nausea (Nausea) Y N
 Vomiting (Vomito) Y N

SKIN (Piel)

Rash (Brote) Y N
 Itch (Picazón) Y N

METABOLIC/ENDOCRINE (Metabólico/Endocrino)

Cold intolerance (Intolerancia al frio) Y N
 Heat intolerance (Intolerancia al calor) Y N
 Excessive thirst (Sed excesiva) Y N
 Excessive swallowing (Tragar excesivamente) Y N
 Excessive urination (Orina excesiva) Y N

NEUROLOGICAL (Neurológico)

Balance disturbance (Problemas de balance) Y N
 Dizziness (Mareos) Y N
 Focal weakness (Debilidad para enfocar) Y N
 Memory difficulty (Dificultad con la memoria) Y N
 Numbness of extremities (Entumecimiento de las extremidades) Y N

HEMATOLOGIC (Hematológico)

Bleeding abnormality (Sangrado anormal) Y N
 Other (Otro) _____ Y N

IMMUNOLOGY (Inmunológico)

Describe (Describir) _____ Y N

PSYCHIATRIC (Siquiátrico)

Depressed mood (Depresión) Y N
 Emotional changes (Cambios emocionales) Y N
 Euphoria (feeling intense excitement or happiness) (Euforia (sentimientos intensos de felicidad)) Y N
 Frequent nightmares (Pesadillas frecuentes) Y N
 Hallucinations (Alucinaciones) Y N
 Insomnia (Insomnio) Y N
 Irritability (Irritabilidad) Y N
 Nervousness (Nerviosismo) Y N
 Stress (Estrés) Y N
 Other (Otro) _____ Y N

GENITOURINARY (Genitourinario)

Dysuria- painful urination (Dolor para orinar) Y N
 Genital lesions (Lesiones genitales) Y N
 Hematuria- blood in urine (Hematuria- sangre en la orina) Y N
 Irregular menses (Menstruación irregular) Y N
 Urethral discharge (Flujo de la uretra) Y N
 Urgency/Incontinence (Incontinencia urinaria) Y N

MUSCULOSKELETAL (Músculoesquelético)

Back pain (Dolor de espalda) Y N
 Joint pain (Dolor de coyunturas) Y N

Past diagnosed medical history. Please check appropriate boxes. (Historial medico: Por favor marque la información pertinente.)

CARDIOVASCULAR (Cardiovascular)

Hypertension (Presión arterial alta)
 Heart disease (Enfermedad del corazón)
 Congestive heart failure (Insuficiencia cardiaca)
 Heart attack (Ataque al corazón)
 Bypass (Bypass)
 Angioplasty /Stent (Angioplastia/Stent)
 Arrhythmia (Arritmia)
 Valve disease (Enfermedad de válvula)
 Carotid artery disease (Enfermedad de la carótida)
 Peripheral vascular disease (Enfermedad vascular periférica)
 Other (Otro) _____

RESPIRATORY (Respiratorio)

COPD/Emphysema (Enfisema/COPD)
 Asthma (Asma)
 Other (Otro) _____

SKIN (Piel)

Describe (describir) _____

MUSCULOSKELETAL (Musculoesquelético)

Osteoarthritis (Osteoartritis)
 Osteoporosis (Osteoporosis)
 Other (Otro) _____

PSYCHIATRIC (Siquiátrico)

Anxiety (Ansiedad)
 Depression (Depresión)
 Dementia (Demencia)
 Other (Otro) _____

OTHER (Otro)

Describe (describir) _____

NEUROLOGICAL (Neurológico)

- CVA(stroke) (CVA (derrame cerebral))
- Seizures (Ataques repentinos)
- Multiple Sclerosis (Esclerosis múltiple)
- Other (Otro) _____

METABOLIC/ENDOCRINE (Metabólico/Endocrino)

- Diabetes Mellitus (Diabetes)
- Thyroid disorder (Problemas de tiroides)
- Cholesterol elevated (Colesterol elevado)
- Other (Otro) _____

HEMATOLOGIC (Hematológico)

- Anemia (Anemia)
- Other (Otro) _____

IMMUNOLOGY (Inmunológico)

- Rheumatoid Arthritis (Artritis reumatoide)
- Other (Otro) _____

GASTROINTESTINAL (Gastrointestinal)

- GERD- reflux disorder (GERD- reflujo)
- Gall bladder disorder (Enfermedad de la vesícula)
- Other (Otro) _____

GENITOURINARY (Genitourinario)

- BPH- enlarged prostate (BPH- Próstata agrandada)
- Other (Otro) _____

MEDICATIONS CURRENT (Medicamentos)

Medication Name (Nombre)	Dosage (Dosis)	Frequency (Frecuencia)

ALLERGIES AND RESTRICTIONS (Alergias y reacciones)

Are you allergic to intravenous dye? (Es alérgico(a) al liquido de contraste intravenoso?) **Y N**

Medication Name (Nombre)	Reaction (Reacción)

HOSPITALIZATIONS AND SURGICAL PROCEDURES (Hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos)

Describe to your best recollection (Describe)	Year (Año)

CURRENT EYE MEDICATIONS: NAME-EYE-FREQUENCY

(Medicamentos que este usando para los ojos (Nombre, ojo, frecuencia))

Name (Nombre)	Which Eye (Que ojo)	Frequency (Frecuencia)
	RIGHT LEFT BOTH (Derecho/izquierdo/los dos)	
	RIGHT LEFT BOTH (Derecho/izquierdo/los dos)	
	RIGHT LEFT BOTH (Derecho/izquierdo/los dos)	
	RIGHT LEFT BOTH (Derecho/izquierdo/los dos)	
	RIGHT LEFT BOTH (Derecho/izquierdo/los dos)	

PAST OCULAR HISTORY (Historial de los ojos)

- Glaucoma (Glaucoma) **Y N**
- Cataract (Catarata) **Y N**
- Macular Degeneration (Degeneración macular) **Y N**
- Diabetic Eye Disease (Enfermedad diabética del ojo) **Y N**
- Trauma (Trauma) **Y N**
- Retinal Detachment (Desprendimiento de la retina) **Y N**
- Lazy eye (Ojo bizco) **Y N**
- Eye surgery (Cirugía de los ojos) **Y N**
- Laser treatments (Tratamientos de laser) **Y N**
- Other: (Otro) _____

SOCIAL HISTORY (Historia Social)

- Smoking (Fumador(a)) **Y N**
- What do you smoke (Que fuma) _____
- How many packs per day (Cuantos paquetes al día) _____
- How many years (Hace cuantos años) _____
- Did you quit (Dejo de fumar?) **Y N**
- Year you quit (El año que dejo de fumar) _____
- Alcohol **Y N**
- Social (Social) _____ Occasional (Ocasionalmente) _____ Heavy (Muy frecuente) _____
- How many drinks per day (Cuantos tragos al día se toma) _____

DRY EYE HISTORY (Historia de ojo seco)

- Do your eyes ever feel dry or uncomfortable? (Sus ojos se sienten incómodos o secos?) **Y N**
- Are you bothered by changes in your vision throughout the day? (Le molestan los ojos durante el día?) **Y N**
- Are you ever bothered by red eyes? (Tiene los ojos rojos algunas veces?) **Y N**
- Do you ever use or feel the need to use eye drops? (Usa gotas o siente que necesita usar gotas?) **Y N**

FAMILY HISTORY (Historia Familiar)

- Glaucoma (Glaucoma) **N Y** If yes circle relation: Mother (Madre) Father (Padre) Brother (Hermano) Sister (Hermana) Child (Hijo)
- Cataract (Catarata) **N Y** If yes circle relation: Mother (Madre) Father (Padre) Brother (Hermano) Sister (Hermana) Child (Hijo)
- Macular Degeneration (Degeneración macular) **N Y** If yes circle relation: Mother (Madre) Father (Padre) Brother (Hermano) Sister (Hermana) Child (Hijo)
- Retinal Detachment (Desprendimiento de la retina) **N Y** If yes circle relation: Mother (Madre) Father (Padre) Brother (Hermano) Sister (Hermana) Child (Hijo)
- Diabetes (Diabetes) **N Y** If yes circle relation: Mother (Madre) Father (Padre) Brother (Hermano) Sister (Hermana) Child (Hijo)
- Hypertension (Presión arterial alta) **N Y** If yes circle relation: Mother (Madre) Father (Padre) Brother (Hermano) Sister (Hermana) Child (Hijo)
- Other: (Otro) _____