NEVADA EYE PHYSICIANS

onnaire

Name: _____ **DOB:**_____ **PCP:**_____ **Date:** _____

Allergies *(Circle One)*

Penicillin Sulfas Cipro Levaquin Steroids Aspirin Iodine Codeine Other:_____

Past Medical History

AIDS/HIV	Diabetes	Macular Degeneration	Arthritis	Glaucoma
Retinal Disorder	Blindness	Heart Disease	Sjogren's Syndrome	High Cholesterol
Stroke	Cataracts	Strabismus (Lazy Eye)	Kidney Disorder	Corneal Disease
Cancer	Lupus	Heart Attack	Thyroid Disease	High Blood Pressure

If diabetic:

Blood Sugar Control Glucose_____ Date last checked_____HbA1C_____Date last checked_____

Previous Surgeries

_____ _____

Reason Date

_____ _____

Reason Date

Social History

Do you smoke? _____ Never _____ Current _____ Former (When quit?_____)

If yes: Occasional 1/2 pack per day 1+ pack per day

Do you have any of the following? Please circle all that apply.

Symptom	Yes	No	*Symptom*	Yes	No
Back Pain			Abdominal Pain		
Joint Stiffness			Heart Burn		
Hearing Loss			Diabetes		
Irregular heartbeat			Dizziness		
Heart Palpitations			Dry Skin or Dry Eyes		
Leg Swelling			Emotional Changes		
Asthma			Fatigue		
Bleeding			Environmental Allergies		
Headache			Previous Falls?		

Family History Adopted, no family history known

Disease	**Yes**	**No**				
Amblyopia	**Mother**	**Father**	**Brother**	**Sister**	**Grandparent**
Macular Degeneration	**Mother**	**Father**	**Brother**	**Sister**	**Grandparent**
Retinal Disorders	**Mother**	**Father**	**Brother**	**Sister**	**Grandparent**
Strabismus	**Mother**	**Father**	**Brother**	**Sister**	**Grandparent**
High Blood Pressure	**Mother**	**Father**	**Brother**	**Sister**	**Grandparent**
Diabetes	**Mother**	**Father**	**Brother**	**Sister**	**Grandparent**
Heart Disease	**Mother**	**Father**	**Brother**	**Sister**	**Grandparent**
Asthma	**Mother**	**Father**	**Brother**	**Sister**	**Grandparent**
Cancer	**Mother**	**Father**	**Brother**	**Sister**	**Grandparent**

NEVADA EYE PHYSICIANS

a medica

Nombre: _____ Fecha de Nacimento:_____ PCP:_____ Fecha: _____

Allergias *(Circule)*

Penicilina Sulfas Cipro Levaquin Esteroides Aspirina Iodine Codeine Otro:_____

Historia médica pasada

SIDA/HIV	Diabetis	Degeneracion Macular	Artritis	Glaucoma
Desorden Retina	Ceguedad	Enfermedad de Corazon	Sjogren's Syndrome	Colesterol Alto
Embolio	Cataratas	Estrabismo (Ojo Flojo)	Enfermedad de Riñón	Enfermedad de Cornea
Cancer	Lupus	Ataque al Corazon	Tiroides	Presion Alta

Si Diabetico:

Nivel de Glucosa _____ Fecha verificación_____HbA1C_____Fecha de verificación_____

Cirugias Anteriores

_____ _____

Razón Fecha

_____ _____

Razón Fecha

Historia social

¿Fuma? _____ Nunca _____ Actual _____ Anterior (¿Cuándo renuncio? _____)
Cuanto: Ocasional 1/2 paquete 1 paquete por día.

¿Tiene alguno de los siguientes? Por favor circule todo lo que corresponda.

Sintoma	Si	No	***Sintoma***	Si	No
Dolor de espalda			Dolor Abdominal		
Hinchazon			Agruras		
Pérdida de la audición			Diabetis		
Latido de Corazon Irregular			Mareos		
Palpitaciones del Corazon			Ojos o Piel Reseca		
Hinchazon de las Piernas			Cambios Emocionales		
Asthma			Fatiga		
Sangrado			Alergias ambientales		
Dolor de Cabeza			Caidas En El Pasado?		

Historia Familar

☐ Adoptado, Historia Familiar desconocida

Enfermedad	**Si**	**No**	**Familiar**				
Amblyopia			**Madre**	**Padre**	**Hermano**	**Hermana**	**Abuelo/a**
Degeneracion Macular			**Madre**	**Padre**	**Hermano**	**Hermana**	**Abuelo/a**
Enfermedad Retinal			**Madre**	**Padre**	**Hermano**	**Hermana**	**Abuelo/a**
Estrabismo			**Madre**	**Padre**	**Hermano**	**Hermana**	**Abuelo/a**
Precion Alta			**Madre**	**Padre**	**Hermano**	**Hermana**	**Abuelo/a**
Diabetis			**Madre**	**Padre**	**Hermano**	**Hermana**	**Abuelo/a**
Enfermedad de Corazon			**Madre**	**Padre**	**Hermano**	**Hermana**	**Abuelo/a**
Asthma			**Madre**	**Padre**	**Hermano**	**Hermana**	**Abuelo/a**
Cancer			**Madre**	**Padre**	**Hermano**	**Hermana**	**Abuelo/a**