

**BRAVERMAN-TERRY-OEI EYE ASSOCIATES**

**Patient History Questionnaire**  
*(Cuestionario Médico del Paciente)*

Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Today's Date (Fecha) \_\_\_\_\_

Birth Date (Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_\_ Age (Edad) \_\_\_\_\_

Date of Last Eye Exam (Fecha del examen más reciente de los ojos) \_\_\_\_\_

Name of Referring Physician (Nombre del doctor que lo/la referió) \_\_\_\_\_

**List All Medications:**

*(Enumere las medicinas que está tomando)*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Allergies (Alergias): \_\_\_\_\_

**Medical History (Historia Medica):**

- |   |  |
|---|--|
| _____ Heart disease (Enfermedad del corazón)                            | _____ Cancer                                     |
| _____ Stroke (Ataque al cerebro)  | _____ Diabetes                                   |
| _____ High blood pressure (Alta presión)                                | _____ Arthritis (Artritis)                       |
| _____ High cholesterol (Alto Colesterol)                                | _____ Thyroid disease (Enfermedad de la tiroide) |
| _____ HIV   |  |
| _____ Hepatitis   |  |
| _____ Other (Please list below) (Por favor enumere otras enfermedades): |  |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Please list all surgical procedures you have had in the past:**

*(Por favor enumere las cirugías mas recientes que ha tenido):*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	Mother (Madre)	Father (Padre)	Brother (Hermano)	Sister (Hermana)	Aunt (Tia)	Uncle (Tio)	Son (Hijo)	Daughter (Hija)	Grandparents (Abuelos)
Heart disease (Enfermedad del corazón)									
Stroke (Ataque al cerebro)									
High blood pressure (Alta Presión)									
Eye Disease (Enfermedad de los Ojos)									
Arthritis (Artritis)									
Cancer									
Diabetes									
Glaucoma									

**(OVER)**

Physician's Initials: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

**PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE**  
(Cuestionario Medico)

**Review of Symptoms (*Repaso de Síntomas*)**

**Do you currently have any problems in the following areas? If “yes,” please provide information.**

*(¿Tiene problemas actualmente en alguna de las siguientes areas? Si tiene problemas, por favor enumere los Problemas.)*

	NO <i>(No)</i>	YES <i>(Sí)</i>	Explanation of Problem <i>(Explicación del problema)</i>
<b>Constitutional Symptoms</b> <i>(Fever, weight loss) (fiebre, perdida de peso)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Ears, Nose, Mouth, Throat</b> <i>(Oídos, nariz, boca, garganta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Cardiovascular (heart/blood vessels)</b> <i>(Corazón/venas/sangre)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Respiratory (lungs/breathing)</b> <i>(Respiratorio - pulmones/respiración)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Gastrointestinal (stomach/intestines)</b> <i>(Estómago/intestinos)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Genitourinary (genitals/kidney/bladder)</b> <i>(Urinario- genitales/riñones/vejiga)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Musculoskeletal (muscles/joints)</b> <i>(Músculos/coyunturas)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Integumentary (skin/breast)</b> <i>(Integumental - piel/pecho)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Neurological (<i>Neurológico</i>)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Psychiatric (<i>Psiquiátrico</i>)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Endocrine (hormones/glands)</b> <i>(Endocrinario - hormonas/glándulas)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Hematologic/Lymphatic (blood/lymph nodes)</b> <i>(sangre/nudos lympháticos)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Allergic/Immunologic (<i>Alérgico/Inmunológico</i>)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physician's Initials: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_