ACE
ADVANCED CENTER for EYECARE

Medical History / Historia Médica

Name / *Nombre* : _____ **Date of Birth** / *Fecha de nacimiento*:_____

Sex / *Sexo*: M / F Height / *Altura*: _____ **Weight** / *Peso*: _____

Primary MD / *Dr Primario*:_____**Optometrist** / *Optometrista* :_____

Allergies to Meds / *Alergias de medicamentos* : _____

What is the reason for your visit today? *¿Cuál es la razón de su visita de hoy ?* _____

Is there any chance that you may be pregnant? (*¿hay alguna posibilidad de que esté embarazada?)* YES ❑ NO ❑

Past medical history: (CHECK ANY THAT APPLY) *Antecedentes Medico: (INDIQUE CUALQUIER QUE CORRESPONDA)*

Yes/Si	No		Yes/Si	No	
❑	❑	**Anxiety** *(ansiedad)*	❑	❑	**High Cholesterol** *(colesterol alto)*
❑	❑	**Arthritis** *(artritis)*	❑	❑	**Hyperthyroidism** *(hipertiroidismo)*
❑	❑	**Asthma** *(asma)*	❑	❑	**Hypothyroidism** *(hipotiroidismo)*
❑	❑	**Breast Cancer** *(cáncer de seno)*	❑	❑	**Leukemia** *(leucemia)*
❑	❑	**Colon Cancer** *(cáncer de colon)*	❑	❑	**Lung Cancer** *(cáncer de pulmón)*
❑	❑	**COPD** *(EPOC)*	❑	❑	**Lymphoma** *(linfoma)*
❑	❑	**Coronary Artery Disease** *(Enfermedad de la arteria coronaria)*	❑	❑	**Prostate Cancer** *(Cancer de próstata)*
			❑	❑	**Radiation Treatment** *(tratamiento de radiación)*
❑	❑	**Depression** *(Depresión)*			
❑	❑	**Diabetes** *(Diabetes)*	❑	❑	**Seizures** *(convulsiones)*
		Yr diagnosed *(ano diagnosticado/a)*:_____	❑	❑	**Stroke** *(carrera)*
❑	❑	**Flomax Use** *(Uso Flomax)*	❑	❑	**Smoking** *(de fumar)* ***#/day*** _____
❑	❑	**GERD** *(ERGE)*	❑	❑	**Alcohol Consumption** *(beber alcohol)*
❑	❑	**Hearing Loss** *(pérdida de la audición)*	❑	❑	**Easy to bleed (***fácil de sangrar)*
❑	❑	**Hepatitis** *(hepatitis)*			
❑	❑	**Hypertension** *(hipertensión)*			
❑	❑	**HIV/AIDS** *(VIH/SIDA)*	❑	❑	**Other** *(otro/a)*:_____

Family History - indicate on line whether this pertains to mother (M), father (F), siblings (S), or grandparents (G)
indicar en la línea si este pertenece a la madre(M) padre (P) hermanos (H) abuelos (A)

Blindness *ceguera* ____
Cancer *cáncer* ____
Cataracts *cataratas* ____
Stroke *carrera* ____
Diabetes *diabetes* ____
Glaucoma *glaucoma* ____
Heart Disease *enfermedad del corazón* ____
High Blood Pressure *hipertensión* ____
Macular Degeneration *degeneracion macular* ____
Migraine *migraña* ____
Retinal Detachment *desprendimiento de retina* ____
Strabismus *estrabismo* ____
None *Ninguno* ❑

List of Medications / Lista de Medicamentos

❑ None / Ninguno

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Previous surgeries / Cirugias previas

❑ None / Ninguno

_____
_____
_____
_____

For ACE use only

OCULAR SURGERIES: ❑ None

Date	Procedure	Surgeon

OCULAR DIAGNOSES: ❑ None

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Initials/Date

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Yes/ Si No
❑ ❑

Have you had any problems with outpatient surgery or Anesthesia?
¿Ah tenido alguna problema con cirugía o Anestesia?