

**Linda L. Burk, M. D.**  
**Información médica**

Fecha: \_\_\_\_\_

Referido Por: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Médico de Familia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historia clínica:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Problemas renales     | <input type="checkbox"/> Cataratas           |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta  | <input type="checkbox"/> El enfisema           | <input type="checkbox"/> problemas de retina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Glaucoma            |
| <input type="checkbox"/> Carrera                | <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Cáncer              |
| <input type="checkbox"/> Otros : _____          |  |  |

**Historia quirúrgica (lista, por favor, todos los consultorios médicos incluyendo cualquier cirugía ocular):**

Procedimiento	Año

**Antecedentes familiares:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Catarata      | <input type="checkbox"/> Glaucoma               | <input type="checkbox"/> Problemas de retina o trastornos oculares |
| <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta                     |
| <input type="checkbox"/> Otros : _____ |   |  |

**Historia Social:**

Drogas: \_\_\_\_\_ Alcohol: \_\_\_\_\_ Tabaco: \_\_\_\_\_

¿Vive usted?  Solo  con cónyuge  Otros: \_\_\_\_\_

**(USO DE LA OFICINA SOLAMENTE)**

**Actualizado PFSH + ROS Signos Vitales Historia Clínica actualizada actualizada**

Año	Iniciales	Año	Iniciales	Año	Iniciales

**\*\* POR FAVOR COMPLETE DELANTERO Y TRASERO Y VERIFICAR TODO LO QUE \*\***