

Cuestionario para nuevos pacientes con UVEÍTIS

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nro. de expediente médico: _____

Médico remitente: _____

¿Por qué lo están remitiendo y qué problema ocular tiene?

Cuáles son sus problemas médicos:

¿Qué problemas oculares ha tenido en el pasado?:

Medicamentos actuales por vía oral:

Gotas para los ojos:

Marque lo siguiente:

	Sí	No
Resfriado o enfermedad reciente		
Vacunas recientes		
Cambios recientes en el peso		
Sudores nocturnos		

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dolores de cabeza		
Problemas de audición		
Llagas o úlceras en la nariz		
Sangrado nasal frecuente		
Problemas para tragar		
Problemas para respirar		
Problemas cardíacos		
Dolor articular o lumbar		
Diarrea		
Entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies		
Sarpullidos en la piel		
Herpes labial		
Úlceras genitales		
Abortos espontáneos (si corresponde)		
Tatuajes		

- ¿Nació fuera de los Estados Unidos? **Sí/No**
- ¿Ha vivido en el extranjero? **Sí/No**
- ¿Viaja con frecuencia al extranjero? **Sí/No**
- ¿Tiene mascotas nuevas o poco comunes? **Sí/No**
- ¿Consume carne cruda o poco cocida? **Sí/No**
- ¿Cuál es su trabajo (actual o anterior)? _____
- ¿Fuma? **Sí/Nunca/Ya lo dejé**
- ¿Bebe alcohol? **Sí/No/En situaciones sociales**
- ¿Tiene antecedentes o uso actual de drogas intravenosas? **Sí/No**
- ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? **Sí/No**
- ¿Alguna vez ha estado encarcelado? **Sí/No**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Familiares

¿Alguien en su familia tiene antecedentes de inflamación en los ojos? _____

¿Alguien en su familia tiene algún problema autoinmune o recibe atención de un reumatólogo? _____

En caso afirmativo, marque qué problemas tienen:

☐ Artritis reumatoide

☐ Esclerosis múltiple

☐ Enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa)

¿Alguien en su familia tiene cáncer? _____

En caso afirmativo, ¿quién y qué tipo de cáncer? _____

¿Alguien de su familia es ciego? _____

En caso afirmativo, ¿por qué causa? _____

¿Alguien de su familia tiene presión ocular alta o glaucoma? _____