

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de visita: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: M / F Altura: _____ Peso: _____

Quien lo refirió? : _____ Doctor Primario: _____

Queja Principal

Describe el problema que tiene en sus propias palabras: _____

¿De qué lado está afectado? DERECHA / IZQUIERDA / AMBOS

¿Cuándo ocurrió este problema en primer lugar (o fecha de la lesión): _____

Si es una lesión, ¿cuando pasó?: _____

se produjo esta lesión en el trabajo? Sí No ¿tiene usted un abogado involucrado? Sí No

¿Has visto a otro médico para este problema: No Sí (nombre) _____

***** si tiene radiografías externos o MRI, por favor traiga el CD con usted para su visita**

¿Ha tenido algún tratamiento previo para este problema (corsé / férula, medicamentos, inyecciones, terapia, cirugía): _____

Nivel actual de dolor (0 = sin dolor, 10 = el peor dolor de mi vida): _____ constante leve

Tipo de dolor: ardor palpar hormigeo punzante

¿Qué empeora el problema?: levantar objetos pesados elevar mano usar teclado

deportes abrir frascos abrir puerta otro _____

¿Qué mejora el problema?: corsé hielo calor descanso medicamentos otro _____

Revisión de los Sistemas (por favor marque cualquier síntoma que haya tenido recientemente):

- | | | | |
|----------------------|--|---|---|
| Constitucional | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Escalofrío | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos |
| Ojos | <input type="checkbox"/> Perdida de vision | <input type="checkbox"/> Vision borrosa | <input type="checkbox"/> Doble vision |
| Oreja/Nariz/Garganta | <input type="checkbox"/> Perdida de Oír | <input type="checkbox"/> Pitido en los oidos | <input type="checkbox"/> Dolro de garganta |
| Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Palritacones en el corazon | |
| Respiratorio | <input type="checkbox"/> Falta de respiracion | <input type="checkbox"/> Toser | <input type="checkbox"/> Respirar con dificultad |
| Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Nausea/vomito | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Sangre en escremento |
| Genitourinario | <input type="checkbox"/> Dolor para urinar | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | |
| Musculo skeletal | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Dolor en la pierna | <input type="checkbox"/> Engarrotamiento muscular |
| Integumentario | <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel | | <input type="checkbox"/> Horticaria |
| Neurologico | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Temblor | <input type="checkbox"/> Desmayo |
| Endocrino | <input type="checkbox"/> Intolerancia frio/calor | | <input type="checkbox"/> Sed excesiva |
| Ganglios Linfáticos | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | |

Historial Médico (marque todas las que apliquen)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon (fecha _____) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> La fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Transplante de vena (fecha _____) | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> El enfisema pulmonar | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre/TVP/PE |
| <input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico | <input type="checkbox"/> Ulcera/sangrado en el estomago | <input type="checkbox"/> Trastorno intestinal: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Azúcar | <input type="checkbox"/> Problemas renales/diálisis | <input type="checkbox"/> Hipotiróideo |
| <input type="checkbox"/> Sangrado intense | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral (fecha _____) | <input type="checkbox"/> Ataques, engarrotamiento |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatica | <input type="checkbox"/> Lupus, scleroderma | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> VIH positivo / SIDA | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Cancer (tipo) _____ | |

Cirugías pasado (numera todas las cirugías, incluyendo la fecha y parte del cuerpo)

Alergias _____

Historia Familiar Cualquier antecedente familiar de problemas cardiacos, problemas de sangrado o coágulos de sangre en los miembros de la familia inmediata? Si es así, por favor describa _____

Historia Social Ocupación: _____ Discapaz Retirado

¿Con qué mano escribe usted? Derecha Izquierda

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Uso de alcohol: Nunca Socialmente Fin de semana Diaria

¿Fuma usted? : No Sí _____ paquetes por día

¿Siente sus manos dormir o hormigueo? Sí No

Si es así, ¿Despierta usted en la noche? Sí No ¿Cuántas veces por semana? _____

¿Alguna vez has tenido un estudio de conducción nerviosa? Sí No

¿Tiene diabetes o alto azúcar en la sangre? Sí No

Si es así, ¿cómo se trata? Dieta solamente Pastillas Insulina

¿Revisa el azúcar en sangre en casa? Sí No Medición usual: _____

¿Toma algún anticoagulante (aspirin, Plavix, Coumadin, warfarin, Lovenox, etc)? Sí No

Esta sección Completado por el Médico

I have reviewed this history form with the patient _____
Courtney Amor, MD Date

