

Todas las preguntas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formarán parte de su expediente médico.

Empiece aquí – utilice una pluma o lápiz y marque los círculos ● completamente. Las preguntas y las respuestas son referentes al problema por el cual está usted viendo al médico el día de hoy a menos que se le pregunte específicamente sobre problemas que ha tenido en el pasado.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

Fecha

Por favor escriba su nombre

Apellido

Nombre

Inicial del 2do. Nombre

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Escriba los números en los recuadros.

Edad Mes Día Año

¿Cuál es su género? Marque ● UN círculo

Masculino

Femenino

¿Cuál es su estatura y su peso?

Escriba los números en los recuadros.

Estatura Pies Pulgadas Peso: libras

En dado caso que no podamos comunicarnos con usted, necesitamos permiso para dejarle información en su correo de voz.

Sí, puedan dejar información referente a mi cuidado médico en mi correo de voz.

No, no puede dejar información referente a mi cuidado médico en mi correo de voz.

¿Cómo recibió información sobre nuestro consultorio?

Marque ● UN círculo.

Sala de emergencias

Doctor

Amigo(a)

Internet

Periódico

Radio

Directorio telefónico

Otro – por favor escríbalo aquí:

¿Quién es su médico de cabecera/de cuidado primario?

Por favor escriba su nombre.

¿Qué médico lo(a) refirió a nuestro consultorio? Escriba su apellido.

HISTORIAL DE SU PROBLEMA ACTUAL

1. ¿Cuál es su problema ortopédico principal el día de hoy? Marque ● UN círculo

Dolor

Hormigueo

Inestabilidad

Rigidez

Adormecimiento

Debilidad

Inflamación

Otro - por favor escríbalo aquí:

2. ¿En dónde tiene su problema ortopédico principal? Marque ● UN círculo

Del lado derecho Del lado izquierdo Ambos lados

a) Si está en ambos lados, ¿cuál lado le molesta más? Derecho Izquierdo

3. ¿Qué parte del cuerpo está relacionado con su problema ortopédico principal? Marque todas las que se aplican.

Cuello

Espalda alta

Hombro

Brazo

Codo

Antebrazo

Muñeca

Mano

Pulgar

Dedo índice

Dedo medio

Dedo anular

Meñique

Espalda media

Espalda baja

Pelvis

Cadera

Nalgas

Muslo

Rodilla

Pierna

Pantorrilla

Tobillo

Pie

Dedo del pie

Otro – escríbalo aquí:

4. ¿Cuál es su mano dominante?

Derecha Izquierda (zurda) Ambidiestro

5. ¿Cuándo empezó a tener su problema actual?

No sabe Gradualmente

Repentinamente, sin lesión

Repentinamente, después de una lesión o accidente

a) Fecha de la lesión o accidente

Gradualmente después de una lesión o accidente

b) Fecha de la lesión o accidente

6. Si fue después de una lesión o un accidente, ¿en dónde ocurrió la lesión o el accidente?

Marque ● UN círculo

En la casa

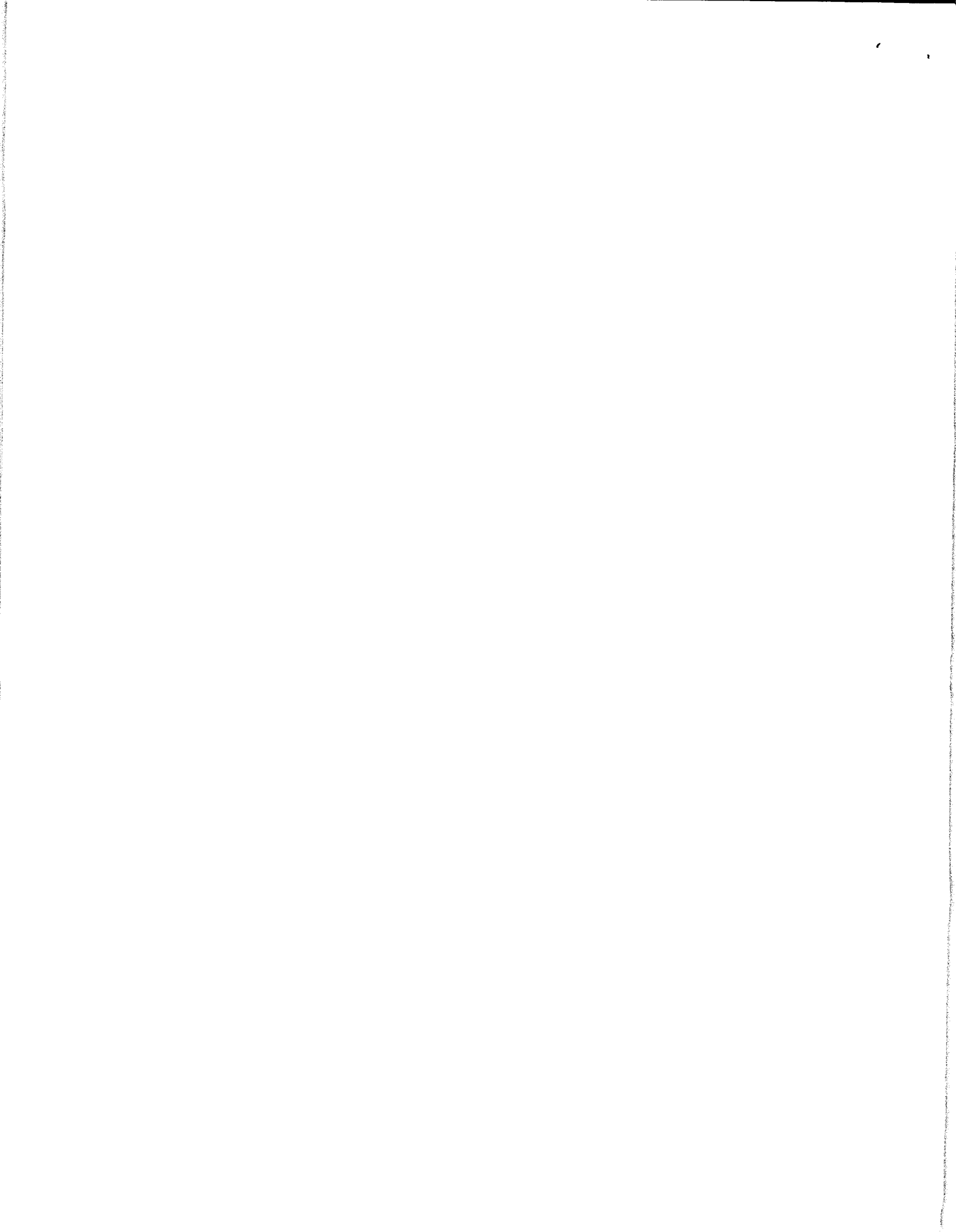
Escuela

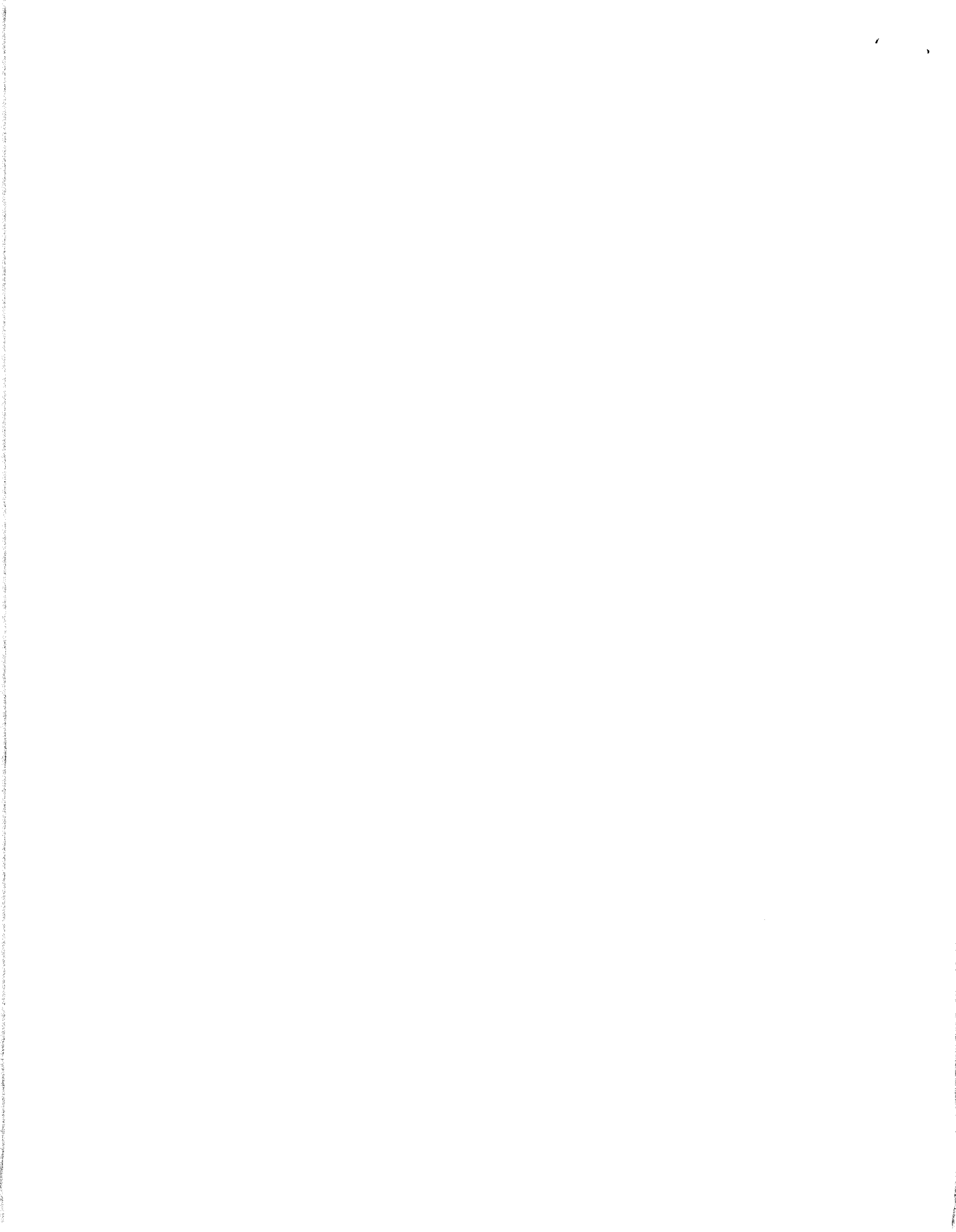
Deportes

Accidente vehicular (vea 6a.)

Relacionado con el trabajo

Otro – por favor escríbalo aquí:





Nombre del paciente: _____

Fecha : _____

16. ¿Desde cuándo ha estado teniendo estos síntomas?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Días

Marque UN círculo No estoy seguro

Semanas

Meses

Años

En la escala proporcionada a continuación,

Nada Un poco Moderado Severo
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Derecho

Izquierdo

17. ¿Cómo podría caracterizar el problema que tiene en este momento?

Intermitente Constante Causa ardor

Sordo Agudo Incisivo

Punzante Adolorido Calambre

18. ¿Qué otros síntomas está presentando?

Escalofríos Fiebre Adormecimiento

Rigidez Hormigueo Debilidad

Inflamación Inestabilidad Fatiga

Incontinencia fecal Pérdida de sensación

Incontinencia urinaria Dificultad para dormir

Dificultad para moverse

Dificultad para caminar

Irradiación del dolor

Dolores de cabeza

19. Los síntomas mejoran con el/la:

Descanso Actividad Estar sentado

Hielo/Frío Calor Caminar

Subir las escaleras

20. Los síntomas empeoran con el/la:

Descanso Actividad Estar sentado

Hielo/Frío Calor Caminar

Subir las escaleras

21. ¿Los síntomas empeoran durante el día o la noche?

No hay diferencia Día Noche

HISTORIAL MÉDICO, PERSONAL, SOCIAL

22. ¿Tiene alergias a algo o ciertas reacciones anormales?

No tengo alergias

Sulfa Penicilina Latex

Tintes de yodo Anestesia Codeína

Plumas Huevos Animales

Cinta adhesiva Ambiente

Otro – *escríbalo en el siguiente*

24. ¿Ha tenido cirugías?

No Sí

Si su respuesta es "sí", escoja a continuación:

Artroscopía de rodilla Artroscopía del hombro

Reemplazo total de rodilla

Reemplazo total de cadera

Reparación de los músculos del manguito rotatorio

Cirugía de columna Cirugía de cuello

Apendectomía Vesícula biliar

Histerectomía Hernia

Neoplasia maligna Cirugía del colon

Otro – *por favor escríbalo en el siguiente espacio*



PatientName: _____

Date: _____

PAGE

INDICATE YOURSIBLING S MEDICAL CONDITIONS
 -OMEDICALCONDITIONS
 RTHRITIS #ANCER \$IABETES
 'OUT (EART\$EASE 3TROKE
 4" (EREDITARY\$EFFECTS
 (IGHBLOODPRESSURE
 A 7HATISYOURSIBLING S HEALTHSTATUS
 !LIVING !LDECEASED
 3OMELIVING SOMEDECEASED
 5NKNOWN

7HATISYOURMARITALSTATUS
 -ARK / -%CIRCLE
 3SINGLE -ARRIED \$IVORCED
 3EPARATED 7IDOWED
 \$OYOULIVEALONE -O 9ES

!REHETHERESTAIRSINYOURHOME
 .O 9ES

7HATISYOURLEVELOF%EDUCATION 3CHOOL
 - ! #URRENT3TUDENT
 ,ESSTHAN THGRADE (IGH3CHOOL
 4RADE 6OCATIONAL #OLLEGE
 OROFESSIONAL

\$OYOUDRINKCAFFEINATEDBEVERAGES
 -ARK / -%CIRCLE -O 9ES A)YES
 HOWMANYPERDAY
 CUPS CANS CUPS CANS
 CUPS CANS

\$OYOUDRINKALCOHOL -ARK / -%CIRCLE
 -O 9ES
 A)YES HOWFREQUENTLYDOYOU DRINK
 2ARELY 3OCIALY TO PERWEEK
 \$AILY

\$OYOUSMOKETOBACCO
 -ARK / -%CIRCLE -O 9ES
 A)YES HOWMANYPERDAY
 ,ESSTHANONEPACK /NEPACK
 4WOPACKS 4HREE PACKS
 B (OWMANYYEARSHAVEYOU SMOKED
 YEARS YEARS
 YEARS YEARS

\$OYOUHAVEAHISTORYOFRECREATIONALDRUGUSE -
 ARK / -%CIRCLE
 -O 9ES ORIORUSE

3ELECTALLPROBLEMSYOUHAVEHADINTHE LAST MONTHS
 &EVERS 3WEATS
 7EIGHTGAIN &ATIGUE
 7EIGHTLOSS UNEXPL (EARINGLOSS
 7EIGHTLOSS PLANNED 2INGINGINEARS
 6ISIONCHANGES (OARSENESS

#ONTINUEQUESTION

4ROUBLESWALLOWING 3ORETHROAT
 3HORTNESSOFBREATH 7HEEZING
 #HRONICCOUGH ,EGCRAMPS
 (IGHBLOODPRESSURE 0ALPITATIONS
)RREGULARHEARTBEAT #HESTPAIN
 \$IARRHEA (EARTBURN
 #ONSTIPATION .AUSEA
 !BDOMINALPAIN &RACTURE
 6OMITING "ONEPAIN
 /THERJOINTPAIN -USCLESPASMS
 /THERMUSCLEPAIN 3KINULCERS
 2ASHES (IVES
 ,OSSOFFCOORDINATION 7EAKNESS
 &AINTING .UMBNESS
 (EADACHES -IGRAINE \$EPRESSION
 !NXIETY \$ISORIENTED
)NCONTINENCE \$ISCHARGE
 "URNINGURINATION &REURINATION
 \$IF !CULTYURINATING "LEEDING

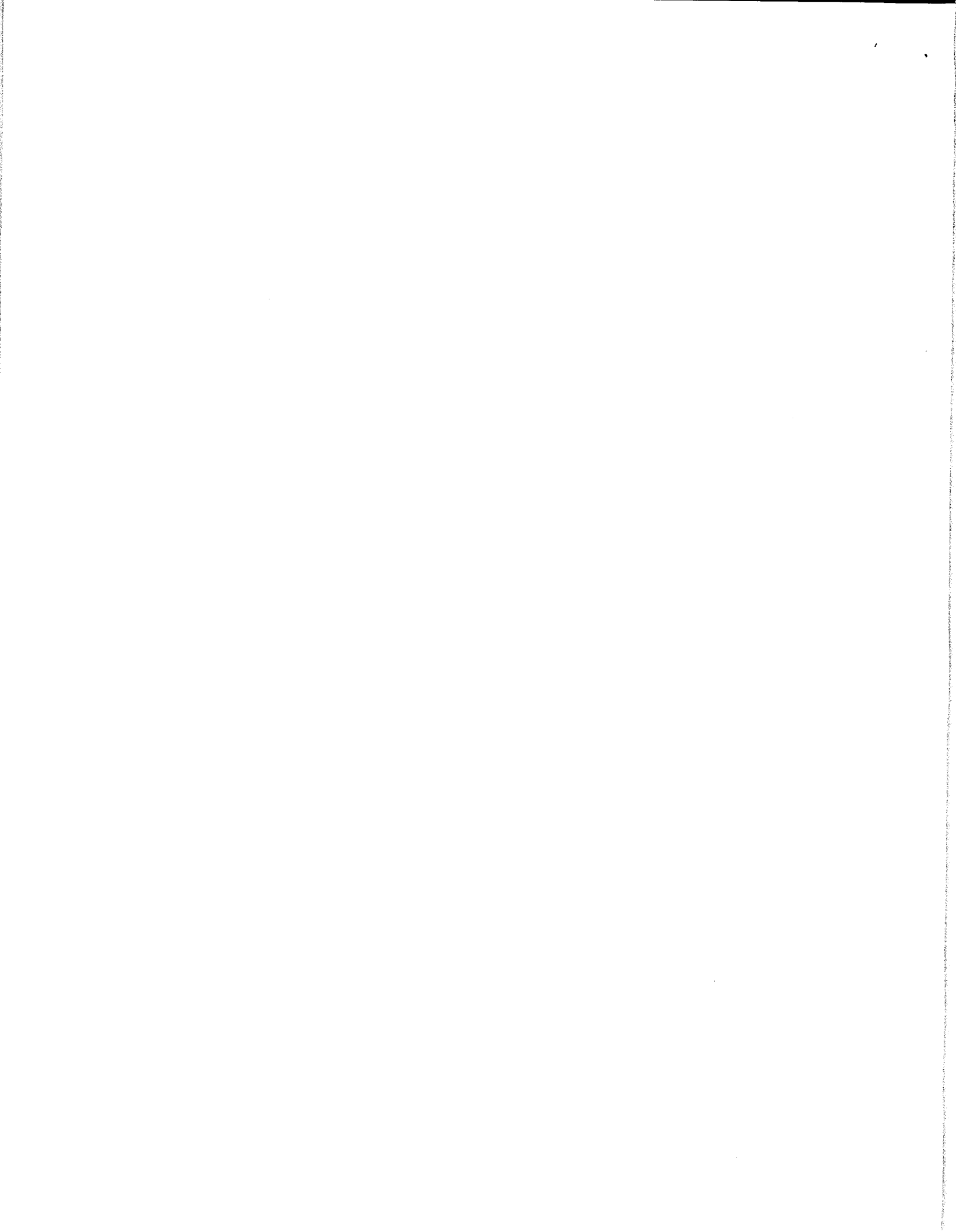
PLEASE SIGN AND DATE THIS FORM

Signature

Date



PLEASE RETURN YOUR COMPLETED FORM TO THE FRONT DESK



PatientName: _____

Date: _____

OAGE

#!/.4).5%ONPAGE

PATIENT HEALTH HISTORY FORM

