

**HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE NUEVO -
TRAUMATISMO / MEDICINA DEL DEPORTE
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
CONCUSSION / SPORTS MEDICINE**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Identidad de género (Opcional) _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____

**Las siguientes preguntas se relacionan con su salud general. Los detalles de este formulario solo serán revisados por su prestador de salud. **

Escuela: _____ Instructor deportivo: _____

Deporte: _____

Remitido para evaluación por: _____

Farmacia de preferencia: (Nombre y dirección) _____

SÍNTOMAS ACTUALES:

1. _____

2. _____

3. _____

PROBLEMAS MÉDICOS CRÓNICOS: Ninguno, sano

TDA/TDAH

Dolores de cabeza

Hipertensión

Trastorno del estado de ánimo

Trastornos de aprendizaje

Migrañas

Diabetes

Otro (mencionar debajo)

Depresión

Convulsiones

Problemas visuales

Ansiedad

Lesión cerebral

Insomnio

ALERGIAS: Ninguna alergia

Alergia: _____ Reacción: _____

Alergia: _____ Reacción: _____

MEDICAMENTOS: Ningún medicamento

1. _____ Dosis: _____ Nº de veces por día _____

Motivo de la medicación: _____

2. _____ Dosis: _____ Nº de veces por día _____

Motivo de la medicación: _____

3. _____ Dosis: _____ Nº de veces por día _____

Motivo de la medicación: _____



**HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE NUEVO -
TRAUMATISMO / MEDICINA DEL DEPORTE
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
CONCUSSION / SPORTS MEDICINE**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Antecedentes MED/QX/INTERIM (Internaciones, visitas a emergencias y cirugías)

Hospitalizaciones:

1. Motivo: _____ Fechas: _____

2. Motivo: _____ Fechas: _____

Consultas de emergencia:

1. Motivo: _____ Fechas: _____

2. Motivo: _____ Fechas: _____

Cirugías:

1. Motivo: _____ Fechas: _____

2. Motivo: _____ Fechas: _____

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO:

TAC de cabeza: ____/____/____

EMG: ____/____/____

EEG: ____/____/____

ARM/MRV: ____/____/____

RM en cerebro: ____/____/____

Otro: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

¿En particular algunas migrañas, dolores de cabeza crónicos, TDA/TDAH, dificultades en el aprendizaje, depresión, ansiedad, trastorno del estado de ánimo, convulsiones, Alzheimer, demencia, Parkinson, derrames cerebrales en personas jóvenes (<55 años), retrasos en el desarrollo, esclerosis múltiple, muertes súbitas sin resolver y otras enfermedades de las que tenga conocimiento?

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos: _____

OTRO: (abuelos/tías/tíos/primos): _____

ANTECEDENTES SOCIALES:

Consumo de alcohol: S / N Diariamente Semanalmente Mensualmente

Consumo de cafeína: S / N Diariamente Semanalmente Mensualmente

Consumo de fármacos ilegales: S / N Diariamente Semanalmente Mensualmente

¿Quién fuma en la familia (incluido el paciente si fuma)? _____

Grado cursado en el colegio _____ Alojamiento _____

Ocupación de la madre: _____

Ocupación del padre: _____

¿Necesidades espirituales o religiosas? _____

**HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE NUEVO -
TRAUMATISMO / MEDICINA DEL DEPORTE
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
CONCUSSION / SPORTS MEDICINE**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

SÍNTOMAS DE LESIÓN CRANEOENCEFÁLICA:

Fecha de la lesión: _____

Cómo ocurrió la lesión: _____

Describe la lesión: (golpe en la cabeza, en el cuerpo, torcedura de cuello, etc.) _____

Uso del casco durante la lesión: (encerrar en círculo) S / N

Zona de la lesión (en el cuerpo): (Encerrar en círculo)

Frontal Lateral: D / I Espalda Cuello Rostro

Localización del dolor (encerrar en círculo):

Sin dolor Rostro Cabeza Cuello

Calidad del dolor (encerrar en círculo):

Dolorido Con ardor Sordo Agudo Pulsante Punzante
Constante Intermitente Otro: _____

Factores de riesgo (encerrar en círculo):

Alcohol: S/ N Drogas recreativas: S/ N Medicamentos recetados: S/ N
Fracturas (quebradura de huesos): S /N En vehículo: cinturón de seguridad: S/ N

¿Qué empeora los síntomas? (encerrar en círculo)

Inclinarse Cafeína Ejercicio/Esfuerzo Luz Sonido
Acostarse Presión Sentarse Olores Tacto

¿Otros? _____

¿Qué mejora los síntomas? (encerrar en círculo)

Medicamentos _____

Apósitos fríos Calor Descanso Dormir Nada

¿Otros? _____

Síntomas asociados: (encerrar en círculo)

Sangrado de oídos	Cambio en la forma de caminar	Lucidez	Agitación
Hematomas alrededor de los ojos	Dolor de cabeza	Más tiempo para las tareas	Convulsiones
Torpeza	Pérdida de audición	Dificultad para recordar	Somnolencia
Desorientación	Pérdida de audición	Náuseas	Cambio en el habla
Secreción del oído	Descoordinación	Alteración del olfato	Debilidad
Goteo nasal	Mucha sed	Cambio en la personalidad	Tortícolis
Sangrado de nariz	Irritabilidad	Mayor necesidad de orinar	Conductas
Fiebre	Pérdida de conocimiento	Vómito en proyectil	Alteración en la vista
	Entumecimiento		

**HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE NUEVO -
TRAUMATISMO / MEDICINA DEL DEPORTE
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
CONCUSSION / SPORTS MEDICINE**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

HISTORIAL DE TRAUMATISMO:

¿Alguna vez le diagnosticaron lesión craneoencefálica o traumatismo en el pasado? No Sí

(Mencione los detalles debajo)

Año/Síntomas	Duración	Imágenes (TC, IRM, Rayos X)	Tratamiento
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

¿Se mareo al ir en auto? No Sí A veces

MAREO:

¿Actualmente experimenta algún síntoma de vértigo (sensación de mareos)? No Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto tiempo le dura la sensación de vértigo? Menos de 1 minuto

2 a 5 minutos 5 minutos o más

¿Actualmente experimenta algún síntoma de mareo (nebulosidad y/o dificultad para enfocarse)? No Sí

¿Se siente desequilibrado? No Sí

VISIÓN:

¿Siente la vista cansada al leer o hacer algún trabajo a corta distancia? No Sí

¿Nota que el trabajo se torna borroso o que se enfoca y desenfoca cuando lee o hace algún trabajo a corta distancia? No Sí

¿Tiene la visión borrosa ante distancias lejanas? No Sí

¿Se cubre o cierra un ojo para ver bien? No Sí