

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE
NUEVO: ORTOPEDIA
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ORTHOPEDIC SPECIALTY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identidad de género (Opcional) _____

Por favor sea tan detallado como pueda, para que podamos brindarle una atención mejor y más segura.

Farmacia de su preferencia (Nombre y ubicación): _____

Médico de cabecera

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax #: _____

¿Cuáles es la razón principal de su visita? _____

Fecha en que empezó el problema o la lesión: _____

¿Trajo radiografías / TAC / RM el día de hoy? Sí No

¿Esta es una lesión relacionada a su trabajo? Sí No

Si es así, ¿Usará sus beneficios de compensación al trabajador? Sí No

ALERGIAS

Escriba cualquier alergia e intolerancia a **medicamentos, alimentos y ambientales.**

Ninguna alergia conocida

Alergia:	Reacción:

¿Tiene alguna alergia a algún metal? Sí No Si es así, explique: _____

MEDICAMENTOS

Escriba cualquier medicamento que toma, vitaminas, suplementos y medicamentos de venta sin receta, con la dosis y la frecuencia.

No tomo ningún medicamento en este momento

Nombre del medicamento:	Dosis:	Frecuencia

HISTORIA MÉDICA

Enumere cualquier enfermedad para la cual esté recibiendo tratamiento (hipertensión, etc.)

1.	4.
2.	5.
3.	6.

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE
NUEVO: ORTOPEDIA
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ORTHOPEDIC SPECIALTY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Le han hospitalizado o ha visitado la Sala de Urgencias últimamente? (Proporcione las fechas y los motivos a continuación)

Ninguna hospitalización o visita a la Sala de Urgencias previa

Fecha:	

HISTORIA QUIRÚRGICA

Enumere cualquier cirugía que haya tenido y la fecha. Ninguna cirugía previa

Fecha	Tipo de cirugía	Fecha	Tipo de cirugía

¿Ha tenido complicaciones con la anestesia? Sí No Si es así, explique: _____

¿Ha recibido alguna transfusión en el pasado? Sí No ¿Tuvo algún problema? Sí No

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enumere los padecimientos de cada miembro de la familia.

	Vivo	Fallecido	Edad al fallecer	Padecimiento(s)
Padre				
Madre				
Abuela materna				
Abuelo paterno				
Abuela paterna				
Abuelo materno				
Hermanos				
Hermanas				

ANTECEDENTES SOCIALES

Ocupación _____ Empleador _____

¿Hace usted ejercicio? No ____ Sí ____ Tipo (s) _____ Horas por semana _____

¿Tiene directivas avanzadas? _____

¿Tiene alguna creencia religiosa que afecte su atención médica? _____

TABACO / ALCOHOL / CAFEÍNA / DROGAS

Uso de tabaco/fumador: Nunca _____

Actualmente _____ Tipo _____ Cantidad _____ Duración _____

Antes usaba _____ Tipo _____ Cantidad _____ Duración _____

¿Toma alcohol? No ____ Sí ____ Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

¿Toma cafeína? No ____ Sí ____ Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

¿Usa drogas? No ____ Sí ____ Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO: ORTOPEDIA NEW PATIENT MEDICAL HISTORY ORTHOPEDIC SPECIALTY

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

EVALUACIÓN DEL DOLOR

¿Ha tenido problemas en esta área anteriormente? Sí / No
Lugar del dolor/síntomas: _____

Por favor califique la estabilidad del área afectada:

0 = Sin inestabilidad, 10 = muy inestable: _____

Intensidad del dolor ahora (0 = min., 10 = máx.): _____

Dolor descansando: 0 = Min. 10 = Máx. _____

Dolor con actividad: 0 = Min, 10 = Max _____

Frecuencia del dolor: (marque todos los que correspondan)

- Rara vez Ocasional Constante
 Al usar las escaleras únicamente
 Al usar escaleras y al caminar

Estado:

- Peor Estable Mejora Resuelto

Irradiación del dolor:

- No Sí, se irradia a: _____

Tipo de dolor: (marque todos los que correspondan)

- Adolorido Que arde Sordo
 Punzante Agudo Que pulsa

Otro: _____

¿Lesión o traumatismo? No Sí

Si es así, ¿cuándo y dónde? (en el trabajo, la escuela, vacaciones, en el carro, otro):

Empeora al: (marque todos los que correspondan)

- Agacharse Levantar peso Sentarse
 Subir escaleras Moverse Standing
 Bajar escaleras Empujar Caminar
 Nada

Otro: _____

Tratamientos anteriores:

(marque todos los que correspondan)

- Férula/entablillado Hielo Movilidad
 Elevación Inyección Estiramiento
 Ejercicio Masaje Terapia física
 Calor Descanso Nada

Medicinas de venta sin receta o recetadas: _____

Otro: _____

¿Alguno de los tratamientos anteriores le dio alivio?

Si es así, escriba cuáles: _____

¿Cuál es su mano dominante? Derecha / Izquierda

Síntomas relacionados:

(marque todos los que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moretes | <input type="checkbox"/> Cojear |
| <input type="checkbox"/> Espasmos | <input type="checkbox"/> Dolor después de estar inactivo |
| <input type="checkbox"/> "Crujidos" | <input type="checkbox"/> Bloqueo |
| <input type="checkbox"/> Inflamación | <input type="checkbox"/> Rigidez |
| <input type="checkbox"/> Menor movilidad | <input type="checkbox"/> Se despierta en la noche |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo en brazos | <input type="checkbox"/> Hormigueo en piernas |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la noche | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormirse |
| <input type="checkbox"/> La articulación se siente inestable | <input type="checkbox"/> Adormecimiento |
| <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Sensibilidad en articulaciones |
| <input type="checkbox"/> "Crujidos" | |

Otro: _____

Habilidades funcionales: Puede usted...

Entrar y salir del auto Sí No con dificultad

Arrodillarse Sí No con dificultad

Ponerse zapatos/calzetas

Sí No con dificultad

Bajar escaleras Sí No con un barandal

Subir escaleras Sí No con un barandal

Sentarse en una silla 1 hr. 30 min. Difícil

Caminar distancia: Bajo techo menos de 5 cuadras

5-10 cuadras más de 10 cuadras

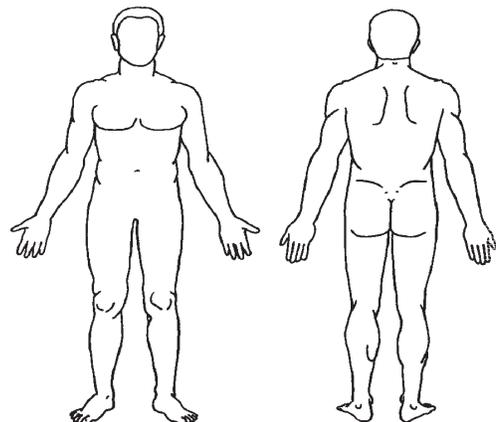
¿Usted cojea?

No Un poco Moderado Intenso

Yo necesito... Bastón Muletas Caminador

Silla de ruedas Ninguno

Indique en el dibujo abajo dónde tiene los síntomas relacionados.



DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD