

Nombre de Paciente: _____ Altura: _____ Peso: _____

Raza: Blanco Negro Hispano Asiático Otro _____

Etnicidad: Hispano No-Hispano Otro _____

Idioma Preferida: Inglés Español Chino Otro _____

Farmacia Preferida: _____

Remitido aquí por: Doctor (nombre): _____ Otro (ex. amigo(a), internet): _____

Enfermedad Principal

Mano Dominante: Derecha Izquierda Ambidextro

Descripciones de Síntomas: (Seleccione solamente UN síntoma primario y UN área afectada)

Dolor Adormecimiento/Hormigueo Fractura Entumecimiento Otro: _____

Hombro	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Pelvis	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Cuello	<input type="radio"/>
Brazo	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Cadera	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Espalda Superior	<input type="radio"/>
Codo	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Muslo	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Media Espalda	<input type="radio"/>
Antebrazo	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Rodilla	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Baja de Espalda	<input type="radio"/>
La Muñeca	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Pantorrilla/ Espinilla	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Trasero	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Tobillo	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	La Cola	<input type="radio"/>
Pulgar	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Pie	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda		
Dedo Indice	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	Dedogordo del pie	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda		
Dedo Medio	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	2° dedo	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda		
Dedo Anular	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	3° dedo	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda		
DedoMeñique	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	4° dedo	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda		
			5° dedo	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda		

El dolor irradia desde/hasta: (Ejemplo; desde la espalda a la pierna derecha) _____

Historia de la Enfermedad Actual

1. Es el problema el resultado de una herida o accidente?

Ninguna herida Herida Herida en trabajo Accidente de auto Herida del deporte Cirugía anterior

Cuánto tiempo han estado presentes los síntomas? (ex. 2 dias, 4 meses) _____

Describe el inicio: Agudo (de repente) Condición crónica (>3 meses)

Fecha de inicio: (mm/dd/yyyy) _____

2. Está representado por un abogado? Sí No

Nombre del abogado: _____

Habrà alguna acción legal con respecto a este problema? Sí No

3. Ha tenido un problema como esto antes? Sí No

Explica: _____

4. Se han visto en una sala de emergencia? Sí No

Sala de emergencia: (ex. St. Luke's Health) _____ Fecha: (mm/dd/yyyy) _____

Historia de la Enfermedad Actual (continuado)

5. Clasifique el dolor de cero a diez (10 siendo dolor intenso):

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Los síntomas lo despiertan de su sueño?

- Sí No

7. Por favor describa los síntomas:

- Agudo Romo(a) Punzante Palpitante Dolorido Ardiente Disparando

8. Cuál es el tiempo de los síntomas?

- Constante Intermitente (aparece y desaparece)

9. Los síntomas son mejor o peor?

- Mejorandose Empeorando Igual, sin cambios

10. Que empeora los síntomas?

- Agacharse Arrodillado Sentado Doblarse Escalera Torciendo Moviendose Acostado en la cama
 Corriendo Caminando Deportes De pie/Parado Agarrarando Levantando Alcançando arriba

11. Hay otros síntomas asociados con este problema?

- Rojez Moraduras Hinchazón Entumecimiento Rígido Cojeando
 Hacer "clic" Inmovilizar Pequeño estallido Hormigueo Debilidad Perdiendo fuerza

Tratamientos/Exámenes Anterior

Ha tenido algunos exámenes anterior?

- Ningún Rayos-X IRM TAC Prueba del nervio (EMG) Exploración ósea

Ha tenido algún tratamiento previo a este problema? Sí No

Tipo de tratamiento	Estado de los síntomas después del tratamiento (Seleccione sólo aquellos que se aplican):			Fecha de tratamiento
Hielo	<input type="radio"/> Mejorado	<input type="radio"/> Empeorar	<input type="radio"/> Igual	
Tratamiento de calor	<input type="radio"/> Mejorado	<input type="radio"/> Empeorar	<input type="radio"/> Igual	
Descanso	<input type="radio"/> Mejorado	<input type="radio"/> Empeorar	<input type="radio"/> Igual	
NSAIDs	<input type="radio"/> Mejorado	<input type="radio"/> Empeorar	<input type="radio"/> Igual	_____
Relajantes musculares	<input type="radio"/> Mejorado	<input type="radio"/> Empeorar	<input type="radio"/> Igual	_____
Quiropráctico	<input type="radio"/> Mejorado	<input type="radio"/> Empeorar	<input type="radio"/> Igual	_____
Terapia física	<input type="radio"/> Mejorado	<input type="radio"/> Empeorar	<input type="radio"/> Igual	_____
Programa de ejercicios caseros	<input type="radio"/> Mejorado	<input type="radio"/> Empeorar	<input type="radio"/> Igual	_____
Cirugía	<input type="radio"/> Mejorado	<input type="radio"/> Empeorar	<input type="radio"/> Igual	_____
Inyecciones	<input type="radio"/> Mejorado	<input type="radio"/> Empeorar	<input type="radio"/> Igual	_____
Aparato ortopédico	<input type="radio"/> Mejorado	<input type="radio"/> Empeorar	<input type="radio"/> Igual	_____
Unidad de TENS	<input type="radio"/> Mejorado	<input type="radio"/> Empeorar	<input type="radio"/> Igual	_____

Otros / Comentarios: _____

Seleccione todas las cirugías anteriores: Ninguno

<input type="radio"/> Cirugía de aneurisma (cerebro))	<input type="radio"/> Histerectomía	Ortopedia del lado:	Derecha	Izquierda
<input type="radio"/> Aórtica bypass / cirugía vascular	<input type="radio"/> Banda gástrica / Cirugía de bypass	Artroscopia: Rodilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Apendectomía	<input type="radio"/> Tumorectomía	Artroscopia: Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Cirugía de la catarata (ojo)	<input type="radio"/> Mastectomía	Liberación del túnel carpiano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Colectomía (vesícula biliar)	<input type="radio"/> Maligno / Cancer	Reparación de los rotadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Cirugía del corazón	<input type="radio"/> Cánula intraluminal de arteria coronaria (Stent)	Reemplazo total de la cadera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Reparación de la hernia		Reemplazo total de la rodilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Reemplazo total del hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Cirugía espinal - Indica nivel: _____		

Otro cirugías _____

Otro cirugía ortopédica _____

Preguntas Médicas

Marque todas las respuestas que aplican:

Metal en el cuerpo Claustrofóbica Embarazada Apnea del sueño Utiliza un CPAP Roncas

Está tomando anticoagulantes? Sí No

Revisión de sistemas

Por favor, indique si han sentido algunos de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses:

Ninguno

				Ningun	Comentarios
1) GI	<input type="radio"/> Acidez, úlceras	<input type="radio"/> Náuseas, vómitos	<input type="radio"/> Sangre en las heces	<input type="radio"/>	_____
2) ENDO	<input type="radio"/> Fiebre	<input type="radio"/> Intolerancia al frío o calor	<input type="radio"/> Sudores de noche	<input type="radio"/>	_____
3) CON	<input type="radio"/> Pérdida de peso	<input type="radio"/> Pérdida del apetito	<input type="radio"/> Agotado	<input type="radio"/>	_____
4) EYE	<input type="radio"/> Visión borrosa	<input type="radio"/> Visión doble	<input type="radio"/> Pérdida de la visión	<input type="radio"/>	_____
5) ENT	<input type="radio"/> Pérdida de oído	<input type="radio"/> Ronquera	<input type="radio"/> Dificultad para tragar	<input type="radio"/>	_____
6) CV	<input type="radio"/> Dolor en el pecho	<input type="radio"/> Palpitaciones		<input type="radio"/>	_____
7) RS	<input type="radio"/> Tos crónica	<input type="radio"/> Neumonía	<input type="radio"/> Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	_____
8) GU	<input type="radio"/> Dolor al orinar	<input type="radio"/> Sangre en la orina	<input type="radio"/> Problemas de riñón	<input type="radio"/>	_____
9) SK	<input type="radio"/> Erupciones frecuentes	<input type="radio"/> Úlceras en la piel	<input type="radio"/> Bultos de la piel <input type="radio"/> Soriasis	<input type="radio"/>	_____
10) NEU	<input type="radio"/> Caídas frecuentes	<input type="radio"/> Pérdida de coordinación	<input type="radio"/> Entumecimiento	<input type="radio"/>	_____
	<input type="radio"/> Cambios intestinal	<input type="radio"/> Cambios de vejiga	<input type="radio"/> Mareos / Vértigo		
11) PSY	<input type="radio"/> Depresión/ Ansiedad	<input type="radio"/> Adicción a las drogas/alcohol	<input type="radio"/> Trastorno del sueño	<input type="radio"/>	_____
12) HEM	<input type="radio"/> Fácil a sangrar	<input type="radio"/> Fácil de contusión	<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/>	_____

Historia Familiares

Sus familias directos han tenido alguno de los siguientes trastornos? NO A TODOS

Padre	<input type="radio"/> Ningun	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Enfermedad del corazón	<input type="radio"/> Hipertensión
	<input type="radio"/> Problemas de sangrado	<input type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> Tejido conectivo	<input type="radio"/> Distrofia muscular
	<input type="radio"/> Golpe de corazón	<input type="radio"/> Osteoporosis	<input type="radio"/> Artritis reumatoide	<input type="radio"/> Cancer
	Comentario (ex. tipo del cancer) _____			
Madre	<input type="radio"/> Ningun	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Enfermedad del corazón	<input type="radio"/> Hipertensión
	<input type="radio"/> Problemas de sangrado	<input type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> Tejido conectivo	<input type="radio"/> Distrofia muscular
	<input type="radio"/> Golpe de corazón	<input type="radio"/> Osteoporosis	<input type="radio"/> Artritis reumatoide	<input type="radio"/> Cancer
	Comentario (ex. tipo del cancer) _____			
Hermanos	<input type="radio"/> Ningun	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Enfermedad del corazón	<input type="radio"/> Hipertensión
	<input type="radio"/> Problemas de sangrado	<input type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> Tejido conectivo	<input type="radio"/> Distrofia muscular
	<input type="radio"/> Golpe de corazón	<input type="radio"/> Osteoporosis	<input type="radio"/> Artritis reumatoide	<input type="radio"/> Cancer
	Comentario (ex. tipo del cancer) _____			

Historia Social

Usa Ud. tabaco? Diario Ocasionalmente Ex-fumador Nunca No se sabe

Toma Ud. alcohol? Diario Ocasionalmente Raras veces Nunca

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Compañero doméstico

Estás trabajando? Sí No Retirado Discapacitado Fecha que trabajó por última vez: _____

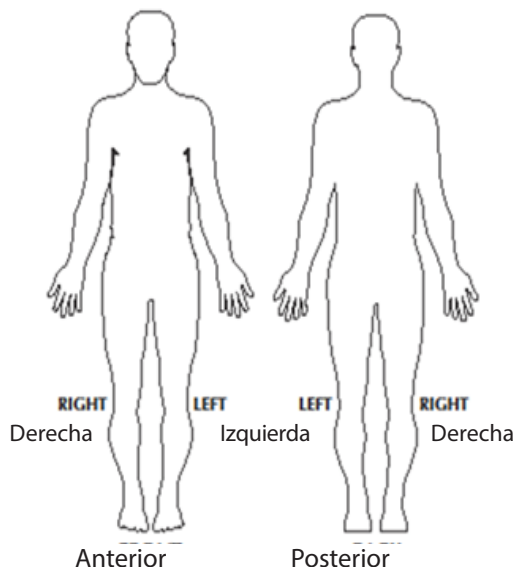
Por favor, lista algun restricciones al trabajo: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ Estudiante

Diagrama de dolor

En el dibujo a continuación, marque con una x donde el dolor es peor.
 Utilice los símbolos a continuación para ver donde tienes diferentes tipos de dolor:

Dolores	xxxx
Entumecimiento	==
Alfileres y agujas	ooo
Ardiente	xxxx
Dolor punzante	////



Tienes alergias? Sí No En caso afirmativo, por favor lista abajo:

Medicamentos, Alimentos, o "Estacional"

Reacción

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergia al látex? Sí No

Por favor, liste todos los medicamentos que toma regularmente: Ningun

Medicamento

Dosis y frecuencia (ejemplo, 20mg una vez / día)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Tienes una historia personal de los siguientes? Ningunos

<input type="radio"/> Aneurisma - Adonde : _____	<input type="radio"/> Enfisema	<input type="radio"/> Enfermedad renal
<input type="radio"/> Angina (Dolor en el pecho)	<input type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> Cálculo/piedras renales
<input type="radio"/> Artritis - Tipo: _____	<input type="radio"/> Golpe de corazón	<input type="radio"/> Infección de MRSA
<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Hepatitis - Tipo: _____	<input type="radio"/> Marcapasos
<input type="radio"/> Hueso o infecciones conjuntas	<input type="radio"/> VIH/SIDA	<input type="radio"/> Flebitis (coágulos de sangre)
<input type="radio"/> Cancer - Tipo: _____	<input type="radio"/> Colesterol alto	<input type="radio"/> Embolia pulmonar
<input type="radio"/> Quimioterapia/Radiación	<input type="radio"/> Hipertensión	<input type="radio"/> Reacción a la anestesia - Tipo: _____
<input type="radio"/> COPD	<input type="radio"/> Hipertiroidismo	<input type="radio"/> Ataques
<input type="radio"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="radio"/> Hipotiroidismo	<input type="radio"/> Úlceras de estómago
<input type="radio"/> Diabetes Tipo: _____	Último A1C: _____	<input type="radio"/> Accidente cerebrovascular
		<input type="radio"/> Tuberculosis

Por favor indique cualquier otra condición o detalles de las condiciones seleccionados:

Firma

Fecha