



TRINITY

ADULT AND PEDIATRIC ORTHOPEDIC SPECIALISTS

Formulario de Cuestionario Médico

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Ocupación: _____

¿Enviar nota?

Médico referente: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____ S/N

Médico de Atención Primaria: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____ S/N

Farmacia: _____ Cross street: _____ Teléfono: _____

Queja principal: _____

Parte del cuerpo que se ve para: _____ Lado del cuerpo (círculo): Derecha Izquierda Ambos

Fecha en que comenzaron los síntomas: ____/____/____

¿Hubo una lesión (círculo): Sí No **Compensación de trabajadores (círculo):** Sí No

Si es así, ¿cómo sucedió? : _____

Síntomas actuales (dolor/entumecimiento/hormigueo/etc.): _____

Si el dolor ¿dónde se localiza?: _____

Sus síntomas son:	Mejorar <input type="checkbox"/>	Empeoram <input type="checkbox"/> to	Establo <input type="checkbox"/>		
¿Presenta síntomas?	Leve <input type="checkbox"/>	Leve/Moderado <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Mod/Severo <input type="checkbox"/>	Muy fuerte <input type="checkbox"/>

¿Qué actividades o posiciones corporales empeoran los síntomas? (Ejemplo: caminar, correr, estirarse por encima de la cabeza)

¿Has tenido tratamiento previo? (Ejemplo: inyecciones, cirugía, fisioterapia)

¿Te has hecho pruebas previas? (Radiografías, laboratorios, tomografía computarizada, resonancia magnética y estudio EMG)



TRINITY

ADULT AND PEDIATRIC ORTHOPEDIC SPECIALISTS

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Historial Médico:

Verifique si alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos en el pasado:

Enfermedades graves	<input type="checkbox"/>	Enfermedades graves	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Nefropatía	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	Neuropatía	<input type="checkbox"/>
Cáncer: Tipo:	<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	Enfermedad psiquiátrica	<input type="checkbox"/>
Úlceras gástricas	<input type="checkbox"/>	Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Reflujo	<input type="checkbox"/>
Arritmia del corazón/Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Ruptura de úlceras cutáneas	<input type="checkbox"/>
Infarto	<input type="checkbox"/>	Uso de esteroides	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	Golpe	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis-TB	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Trastornos de las válvulas (corazón)	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	Problemas de cicatrización de heridas	<input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>

Por favor, haga una lista de las **operaciones/cirugías** que haya tenido:

Cirugía/Motivo	Año	Cirugía/Motivo	Año
1.)		5.)	
2.)		6.)	
3.)		7.)	
4.)		8.)	

Enumere los **medicamentos** que está tomando:

Medicación	Dosis	Doctor	Medicación	Dosis	Doctor
1.)			6.)		
2.)			7.)		
3.)			8.)		
4.)			9.)		
5.)			10.)		



TRINITY

ADULT AND PEDIATRIC ORTHOPEDIC SPECIALISTS

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Enumere cualquier otro proveedor especializado que pueda consultar por otras afecciones relacionadas con la salud:

Nombre de los doctores	Razón	Teléfono	Dirección	Número de fax (si está disponible)
1.)				
2.)				
3.)				
4.)				
5.)				
6.)				

¿Tiene alguna **relación** con los medicamentos/sustancias? Sí No

En caso afirmativo, haga una lista de sus alergias y reacciones a medicamentos o sustancias: _____

Antecedentes médicos familiares

Por favor, haga una lista de todas las enfermedades graves que afectan a la familia inmediata:

Enfermedad medial	Relación	Enfermedad médica	Relación
1.)		5.)	
2.)		6.)	
3.)		7.)	
4.)		8.)	

Historia Social

Descripción	Uso	Tipo	Frecuencia	Importe	Años
Alcohol	S/N				
Consumo de cigarrillos	S/N				
Consumo de drogas ilícitas	S/N				
Consumo de tabaco sin humo	S/N				

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Revisión de los síntomas

Por favor, marque todo lo que corresponda:

Síntoma	<input type="checkbox"/>	Síntoma	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Hinchazón	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	Latidos cardíacos rápidos	<input type="checkbox"/>
Cortes que no dejan de sangrar	<input type="checkbox"/>	Hormigueo	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de las piernas	<input type="checkbox"/>
Moretones frecuentes y fáciles	<input type="checkbox"/>	Heces alquitranadas	<input type="checkbox"/>
Micción frecuente	<input type="checkbox"/>	Micción urgente	<input type="checkbox"/>
Arritmia	<input type="checkbox"/>	Vómito	<input type="checkbox"/>
Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	Problemas de cicatrización de heridas	<input type="checkbox"/>
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>

Acuerdo de exactitud

La información proporcionada en este formulario de historial es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si firma por un menor, escriba el nombre del paciente: _____