

PRIMERA VISITA A LA OFICINA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA

SU INFORMACION BASICO:

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Doctor Primario: _____ Fecha de Hoy: _____

Usted fue referido a nosotros? No Si, mi doctor primario Altura: _____

Otro: _____ Peso: _____

RAZON POR LA VISITA DE HOY:

Qual es el problema o herida? _____

Quando empeso el problema? _____ Que tan grave es el dolor? (1-10 escala) _____

Se trata de una herida en el trabajo? Si No Se trata de un accidente de motor vehicle? Si No

ALERGIAS: Ninguno Latex Penicilina Aspirina Yodo Mariscos Otro: _____

MEDICAMIENTOS QUE TOMA: _____

OPERACIONES/ CIRUGIAS USTED HA TENIDO: _____

HISTORIA MEDICA: (Circule problemas de salud que usted tiene o ha tenido)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepatica | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> Hepatitis (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C) | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> VIH o el Sida |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Desrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Fibrilacion Auricular | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Convulciones | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Flebitis/ Coagulo de Sangre | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea | |
| <input type="checkbox"/> Enfisema/ EPOC | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Cancer: (Tipo) _____ | |

COMO TE SIENTES HOY? (Comprobar los sintomas que tienes hoy, escriba los que no estan anotado)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aumento de Peso | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Dolores en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias |
| <input type="checkbox"/> Perdida de Peso | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Erupciones |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Grumos |
| <input type="checkbox"/> Apagones | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja | |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal | <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vision Doble | <input type="checkbox"/> Heces con Sangre | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | _____ |

PROBLEMAS DE SALUD QUE SE EJECUTAN EN SU FAMILIA:

Diabetes Enfermedad del Corazon Alta Presion Arthritis Otro: _____

HISTORIA PERSONAL:

Que tipo de trabajo hace usted? _____ Retirado Discapacidad Desempleado

Estado Civil: Solo Casado Divorciado Viudo/a

Cituaion Vida: Solo Con el Conyuge Con familia Con Pareja

Usted Fuma? No Si, (Cantidad) _____ Cuantos Anos? _____

Usted Consume alcohol? Nunca Ocasional Frecuente

Usted usa cualquier droga recreativa? Ninguno _____

Reviewing Physician's Signature: _____