

**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

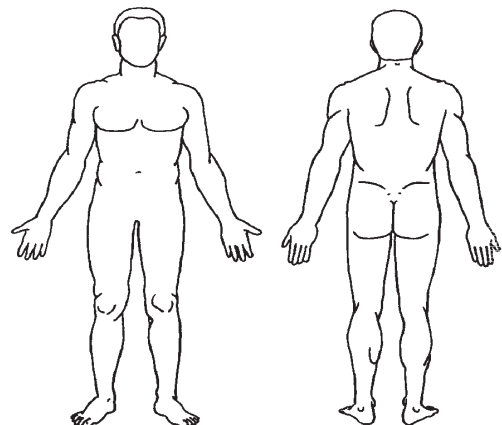
¿Usted cojea?

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**