

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Razon por visita: _____

Escribe con la mano Derecha o Izquierda?
El dolor que siente: 1 siento muy poco y 10 siento mas fuerte _____

Historia de Problema Presente:

Que duele? _____ Duracion: _____

Circle Aquellos Que Aplican:

TIPO de Dolor: Entumecimiento Hormigueo Debil Dolor en la noche Rigidez
Estallar Inestabilidad Perdida de rango de movimiento Hinchazon

DOLOR CON: Cuclillas Las actividades de carga de peso En reposo Subir
escaleras Actividades generals Lanzamiento Levantamiento Cargar Alcanzar

Otros Sintemas: _____

Que tratamientos ha recibido para este problema?: Rayos-x MRI Terapia fisica
Hielo halgo caliente Medicamentos Inyecciones Cirugia

Otro: _____

Historia Pasada:

Historia Medica: Por favor circule Si o No si Usted tiene cualquier de los siguiente problemas medica.

Alta Presion:	Si	No	Diabetes	Si	No
Problemas Respiratorios:	Si	No	Ataques	Si	No
Sangrante:	Si	No	VIH/SIDA	Si	No
Hepatitis:	Si	No	Coagulos de sangre	Si	No
Alergia al Latex:	Si	No	Problema de los tiroides	Si	No
Problemas del Corazon	Si	No	Cancer	Si	No
Apnea del sueno	Si	No	Problemas del estomago	Si	No

Otro: _____

Esta tomando medicament (cuantos al dia)

Alergias a medicamento: _____

Cirugias Pasadas: _____

Historia Familiar (problemas medicas entre familia)

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos _____

Otro: _____

Historia Social:

Estado Matrimonial: Soltero _____ Casado _____ Separado _____ Divorciado(a) _____

Viuda(o) _____

Uso de tobacco: Nunca _____ Fumo _____ Cuantos al dia _____ Deje de fumar _____

Uso de alcohol: Nunca _____ Moderado _____ Raramente _____ Diario y cuanto _____

Uso de drogas: Nunca _____ Tipo y frecuencia _____

Cuestionario de Historia del Paciente

Repaso de Systemas (Por favor circule Si o No)

Constitucional

Esta en buena salud Si No
Reciente cambio de peso Si No
Fiebre/Sudar en la noche Si No
Fatiga Si No

Cardiovascular

Dolor de pecho Si No
Palpaciones Si No
Problemas del corazon Si No
Hinchazon de Pies/Mano Si No

Musculos

Calambre/Dolor de Musculo Si No
Entumecimiento/Hinchazon Coyuntura Si No
Dificultad Caminando Si No

Endocrino

Excesiva Sed/Orina Si No
Enfermedad Tiroides Si No
Problemas Hormonas Si No

Genito-Orinario

Sangre en Orines Si No
Calculo Renal Si No
Dificultad Orinar Si No

Gastro-Intestino

Nausea/Vomito Si No
Dolor Abdominal Si No
Sangre en Rectal Si No
Problemas Intestinos Si No

Alergias

Alergias a Comidas Si No
Alergias a Medicamiento Si No

Por favor nombre las alergias: _____

Nariz/Orejas/Garganta/Boca

Perdido de Oido Si No
Alergias Si No
Sangrante de Nariz Si No
Hinchazon de Garganta Si No
Cambio de Voz Si No

Respiratorio

Falta de Aliento Si No
Tos Si No
Resuello/Asma Si No
Toser Sangre Si No

Neurological

Frecuente dolor de cabeza Si No
Paralisis/ Temblor Si No
Convulsion/ Temblores Si No
Entumecido/ Hormigueo Si No

Hematologico

Moretea facil Si No
Dura mucho para curarse Si No
Glandulas grandes Si No

Ojos

Usa Lentes/ Contactos Si No
Enfermedad de ojos Si No
Glaucoma Si No

Pellejo

Cambio de pelo o unas Si No
Sarpullido/ Comezon Si No

Psiquiatria

Insomnia Si No
Confusion/ Perdida de memoria Si No
Depresion Si No

Declaracion de Paciente: La Informacion mencionado arriba es completo y preciso a lo mejor de mi reconocimiento.

Firma: _____

Fecha: _____