



Advanced Orthopedics

2000 S Mays Street Suite 300 Round Rock, TX 78664-7580
(512) 244-4272 Fax: (512) 469-5465

NUEVO DEL PACIENTE ORTOPEDICO

Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____

Queja principal (motivo de la visita): _____ **Izquierda o Derecha**

Fecha de la lesion: _____ **Describe tu lesion:** _____

Ocupación: _____ **Actividades recreativas:** _____

Nivel de dolor actual: Sin dolor - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - Peor dolor

Describe tu dolor Dolorido Ardor Intermitente Agudo Palpitante **¿El dolor es constante?** Si | No

¿Cuál de los siguientes empeora su dolor? (Marque todo lo que corresponda)

Alcanzar / Levantar Allanamiento Sentado/a Acostado(a) De pie Caminando Doblando Retorciendo

¿Cuál de los siguientes alivia su dolor? (Marque todo lo que corresponda)

Sentado/a En pie Caminando Acostado/a Medicación Calor / Frio Otro _____

¿Qué has hecho por el dolor? (Marque todo lo que corresponda)

Medicación Acupuntura Terapia física Quiropráctico Yoga Inyecciones Otro _____

Farmacia preferida: Advanced Rx Otro _____

** Advanced Rx recogida o correo al día siguiente disponible (envío y manejo incluidos).**

Historial de medicación

<u>Nombre de la medicación</u>	<u>Dosis</u>	<u>¿Con qué frecuencia lo toma?</u>	<u>¿Para qué sirve?</u>	<u>¿Quién lo prescribe?</u>

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento/fármaco? Por favor apunte: _____

¿Ha tenido imágenes para este problema?

<u>Tipo de imagen</u>	<u>Parte del cuerpo</u>	<u>Nombre de la instalación</u>	<u>Fecha</u>

Nombre del paciente 00/00/0000

Historia social

¿ Algún consumo de tabaco? Si | No Paquetes por día _____ por _____ años.
¿ Algún consumo de alcohol? Si | No Bebidas por día _____ por _____ años.
¿ Algún uso de drogas recreativas? Si | No Drogas utilizadas _____
¿ Estado civil? Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Historial médico

Alguna vez ha sido hospitalizado? Si No Describa: _____

Indique si ha tenido un problema médico o una cirugía relacionada con cada uno de los siguientes. Marque la opción adecuada cuando se enumeren varias opciones. Para cirugías, indique el año aproximado y describa el problema y el tipo de cirugía.

	Diagnósticos	Cirugía	Año	Describe
Ojos (cataratas, glaucoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Oídos, nariz, senos nasales, amígdalas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Endocrino (tiroides, paratiroides, diabetes, pituitaria, suprarrenales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cardiovascular (angina, cirugía de derivación, angioplastia, stent, coágulos de sangre, ritmo cardíaco anormal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pulmones (asma, tuberculosis, neumonía, radiografía de tórax anormal, enfisema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Esófago o estómago (úlceras, ERGE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Gastrointestinal (crecimiento eliminado, intestino intestinal, apéndice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hígado, vesícula biliar (incluida la hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Riñones o vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Huesos, articulaciones o músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Espalda, cuello o columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cerebro (accidente cerebrovascular, AIT, tumor, trauma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Mujeres: útero, trompas, ovarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Nombre del paciente 00/00/0000

Hombres: próstata, pene, testículos, vasectomía _____

Historia familiar

Padre: Vivo (edad____) Fallecido (edad____) Desconocido Causa de la muerte:_____

Madre: Viva (edad____) Fallecida (edad____) Desconocido Causa de la muerte:_____

Enfermedad/condición

Miembro de la familia

Describe

Cáncer _____

Enfermedad del corazón _____

Diabetes _____

Accidente cerebrovascular/
AIT _____

Alta presión sanguínea _____

Información Adicional _____

Revisión de sistemas

GENERAL	S	N	Gastrointestinal	S	N	Ojos, Nariz, Garganta	S	N
Disminución del Apetito			Náusea/Vómito			Campo de Visión Ciego		
Pérdida de Peso Inesperada			Dolor Abdominal			Cataratas		
Aumento de Peso Inesperado			Hábitos Intestinales Irregulares			Pérdida De Audición/Zumbido		
Fatiga			Pérdida de Control Intestinal			Dolor de Garganta/Ronquera		
Fiebre o Escalofríos			Ictericia			Otro		
Otro			Cálculos Biliares			Musculoesquelético	S	N
Neuro	S	N	Hepatitis			Dolor en Las Articulaciones/Artritis		
Dolor de Cabeza			Cirrosis			Dolor de Espalda		
Derrame Cerebral			Líquido en el Abdomen			Dolor de Cuello		
Convulsiones			Pancreatitis			Dolor Muscular		
Otro			Otro			Otro		
Renal/Urinaria	S	N	Cardiovascular	S	N	Psicológico	S	N
Insuficiencia Renal			Dolor de Pecho			Abuso de Drogas/Adiccion		
Alteraciones Electrolíticas			Enfermedad de la Arteria Coronaria			Depresión		
Cálculos Renales			Alta Presión Sanguínea			Ansiedad		
Dificultad Para Orinar			Hinchazón en Los Pies			Intento de Suicidio		
Infección del Tracto Urinario			Dolores de Cabeza Anormales			Otro		
Cancer de Prostata			Otro					
Otro			Sangre/Linfa	S	N			
Respiratorio	S	N	Anemia					
Apnea del Sueño			VIH					
Complicaciones con Sedación			Moretones Fácilmente					
Bronquitis Crónica			Transfusión de Sangre Pasada					
Dificultad para Respirar			Ganglios linfáticos Inflamados					
Tos Persistente			Cáncer					
Asma			Otro					
Otro			Endocrino	S	N			
Piel	S	N	Diabetes					
Erupción			Problemas Tiroideos					
Comezón			Osteoporosis					
Cabello Inusual			Otro					

Firma del paciente: _____ Iniciales del empleado: _____ Iniciales del proveedor: _____