

**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

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ORTHOPEDIC SPECIALTY**

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____

Gender Identity (Optional) _____

Please provide as much detail as you are able so that we can give you the safest and best care possible.

Preferred Pharmacy (name and location): _____

Primary Care Provider

Name: _____ **Phone #:** _____

Address: _____ **Fax #:** _____

What is the primary reason for your visit? _____

Date of onset of problem or injury: _____

Did you bring X-Rays / CT / MRI today? Yes No

Is this a work related injury? Yes No If yes, will you be using workman's comp benefits? Yes No

ALLERGIES

List any allergies and intolerances to **medications, food or the environment.**

No Known Allergies

Allergy:	Reaction:

Do you have any known allergies to metal? Yes No If yes, explain: _____

MEDICATIONS

List any medications, vitamins, supplements, and over the counter medications you are taking, with dose and how often.

Not taking any medications

Medication Name:	Dose:	How often?

MEDICAL HISTORY

List all medical conditions you are being treated for (high blood pressure, 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

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ORTHOPEDIC SPECIALTY**

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Have you had any recent hospitalizations or ER visits (provide dates and reason below)?

No prior hospitalizations/ER visits

Date:	

SURGICAL HISTORY

List all prior surgeries and the date. No prior surgeries

Date	Type of Surgery	Date	Type of Surgery

Have you had any difficulty with anesthesia? Yes No If yes, explain: _____

Have you received any blood transfusions in the past? Yes No Any problems? Yes No

FAMILY HISTORY

List health conditions for each family member.

	Alive	Deceased	Age of Death	Health Condition(s)
Father				
Mother				
Maternal Grandmother				
Maternal Grandfather				
Paternal Grandmother				
Paternal Grandfather				
Brothers				
Sisters				

SOCIAL HISTORY

Occupation _____ Employer _____

Exercise? No ____ Yes ____ Type(s) _____ Hours per Week _____

Do you have advance directives? _____

Do you have any religious belief that could affect your medical care? _____

TOBACCO / ALCOHOL / CAFFEINE / DRUGS

Tobacco/smoking status: Never _____

Current _____ Type _____ Amount _____ Duration _____

Former _____ Type _____ Amount _____ Duration _____

Do you use alcohol? No ____ Yes ____ Type _____ Amount _____ Frequency _____

Do you use Caffeine? No ____ Yes ____ Type _____ Amount _____ Frequency _____

Do you use recreational drugs? No ____ Yes ____ Type _____ Amount _____ Frequency _____

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/calcomines 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

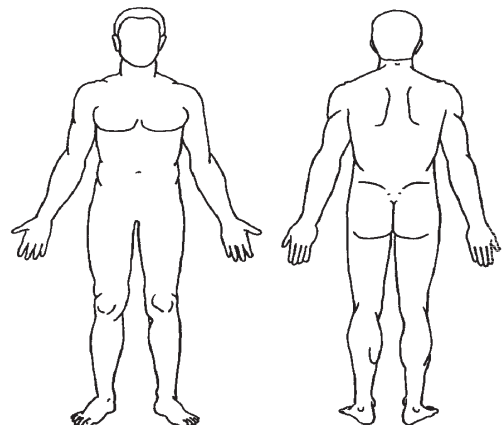
¿Usted cojea?

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

NEW PATIENT MEDICAL HISTORY ORTHOPEDIC SPECIALTY

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

PAIN ASSESSMENT

Have you had any previous problems in this area? Yes/No

Location of pain/symptoms: _____

Please rate the stability of the effected area:

0 = no instability, 10 = very unstable: _____

Severity of Pain right now (0 = min, 10 = max): _____

Pain at rest: 0 = Min, 10 = Max _____

Pain with activity: 0 = Min, 10 = Max _____

Pain Frequency: (mark all that apply)

- Rare Occasional Constant
 Stairs only Stairs and walking

Status:

- Worse Stable Improving Resolved

Radiation of pain:

- No Yes, radiates to: _____

Quality of pain: (mark all that apply)

- Aching Burning Dull
 Piercing Sharp Throbbing

Other: _____

Injury/Trauma? No Yes

If Yes, when/where? (work, school, vacation, automobile, other):

Aggravated by: (mark all that apply)

- Bending Lifting Sitting
 Climbing stairs Movement Standing
 Descending stairs Pushing Walking

Nothing
 Other: _____

Prior treatment: (mark all that apply)

- Brace/splint Ice Mobility
 Elevation Injection Stretching
 Exercise Massage Physical Therapy
 Heat Rest Nothing

OTC/prescription meds: _____

Other: _____

Did any of the prior treatments above give relief?

If so, please list: _____

Which is your dominant hand? Right / Left

Associated symptoms: (mark all that apply)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bruising | <input type="checkbox"/> Limping |
| <input type="checkbox"/> Spasms | <input type="checkbox"/> Pain after inactivity |
| <input type="checkbox"/> "Crunching" | <input type="checkbox"/> Locking |
| <input type="checkbox"/> Swelling | <input type="checkbox"/> Stiffness |
| <input type="checkbox"/> Decreased mobility | <input type="checkbox"/> Wake at night |
| <input type="checkbox"/> Tingling in arms | <input type="checkbox"/> Tingling in legs |
| <input type="checkbox"/> Pain at night | <input type="checkbox"/> Difficulty going to sleep |
| <input type="checkbox"/> Joint feels unstable | <input type="checkbox"/> Numbness |
| <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Joint tenderness |
| <input type="checkbox"/> "Popping" | Other: _____ |

Functional Abilities: Can you...

- | | | | |
|-------------------|--------------------------------------|---|---|
| Get in/out of car | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> With difficulty |
| Kneel | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> With difficulty |
| Put on sock/shoes | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> With difficulty |
| Go down stairs | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> With a rail |
| Go up stairs | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> With a rail |
| Sit in chair | <input type="checkbox"/> 1 hr. | <input type="checkbox"/> 30 min. | <input type="checkbox"/> Difficult |
| Walking distance: | <input type="checkbox"/> indoors | <input type="checkbox"/> Less than 5 blocks | <input type="checkbox"/> Greater than 10 blocks |
| | <input type="checkbox"/> 5-10 blocks | | |

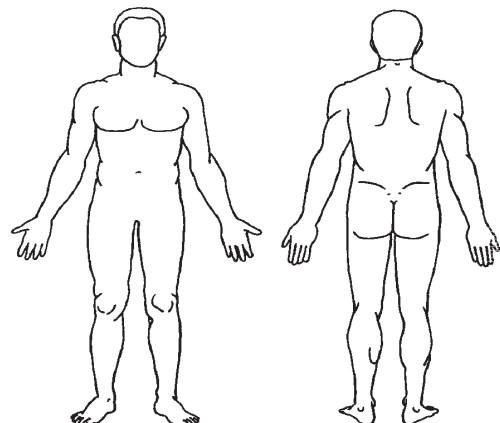
Do you have a limp?

- None Slight Moderate Severe

I require a...

- Cane Crutches
 Walker Wheelchair None

Indicate on the drawing below where you are having associated symptoms.



DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD