

Fecha de hoy: _____

Nombre (por favor, en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

¿Tiene una directiva anticipada? Sí No (En caso afirmativo, traiga una copia a su cita.)

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Médico de referencia: _____ PCP/Médico de familia: _____

Lista de proveedores especializados (cardiólogo, neumólogo, etc.): _____

Farmacia: _____

Contacto de emergencia y relación: _____ Teléfono: _____

Motivo de la visita

(incluya el sitio): _____

Fecha de la lesión/Inicio de los síntomas: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: Enumere todos los medicamentos, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos de hierbas.

Marque esta casilla si NO toma ningún medicamento. Marque esta casilla si se adjunta una hoja médica separada

Marque esta casilla si tiene un CONTRATO DE DOLOR con Dr. _____

Medicamento	Dosis	Direcciones (sig)

ALLERGIES: NINGUNA

Látex - ¿Reacción? _____ Cinta - ¿Reacción? _____ Yodo/Betadine - ¿Reacción? _____

Pájaros - ¿Reacción? _____ Plumas - ¿Reacción? _____ Huevos - ¿Reacción? _____

ALERGIAS & REACCIONES A MEDICAMENTOS:

HISTORIA MÉDICA: Marque todo lo que corresponda o marque NINGUNO

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer (demencia) | <input type="checkbox"/> COVID (¿Lo han diagnosticado en el pasado?) | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) |
| <input type="checkbox"/> Anemia | ¿Recibió la vacuna contra el COVID? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Hipertermia maligna |
| <input type="checkbox"/> Problemas anestésicos lista: _____ | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio |
| <input type="checkbox"/> Artritis: _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica |
| <input type="checkbox"/> La trombosis venosa profunda | <input type="checkbox"/> Colesterol alto (lípidos elevados) _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> CPAP |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Fracturas (indicar parte del cuerpo y costado) _____ | <input type="checkbox"/> Carrera (CVA) |
| <input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar) | <input type="checkbox"/> La gota | <input type="checkbox"/> Lupus sistémico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedad hepática _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad valvular |
| | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

HISTORIAL QUIRÚRGICO: *marque todo lo que corresponda e indique el lado, el sitio y la fecha o marque*
 SIN historial quirúrgico

Tipo de Cirugía	Lado	Sitio	Fecha
<input type="checkbox"/> Amputación (<i>¿de qué parte del cuerpo?</i>)	<input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/> derecha		
<input type="checkbox"/> Angioplastia			
<input type="checkbox"/> Artroscopia (<i>¿de qué tipo?</i>)	<input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/> derecha		
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda (<i>¿de qué tipo?</i>)			
<input type="checkbox"/> Cirugía de revascularización coronaria			
<input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco			
<input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula cardíaca			
<input type="checkbox"/> Liberación del túnel carpiano	<input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/> derecha		
<input type="checkbox"/> Desfibrilador			
<input type="checkbox"/> Eliminación de la vesícula biliar			
<input type="checkbox"/> Bypass gástrico			
<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera	<input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/> derecha		
<input type="checkbox"/> Histerectomía			
<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla	<input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/> derecha		
<input type="checkbox"/> Mastectomía			
<input type="checkbox"/> ORIF/Fracturas (<i>con cirugía</i>)			
<input type="checkbox"/> Tiroidectomía			
<input type="checkbox"/> Otras Cirugías			

ANTECEDENTES FAMILIARES: *Marque todo lo que corresponda o marque* **NINGUNO** o **ADOPTADO**

PADRE <input type="checkbox"/> Ninguno	MADRE <input type="checkbox"/> Ninguno	HERMANO <input type="checkbox"/> Ninguno	HERMANA <input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Artritis: _____	<input type="checkbox"/> Artritis: _____	<input type="checkbox"/> Artritis: _____	<input type="checkbox"/> Artritis: _____
<input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo	<input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo	<input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo	<input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo
<input type="checkbox"/> Cáncer: _____	<input type="checkbox"/> Cáncer: _____	<input type="checkbox"/> Cáncer: _____	<input type="checkbox"/> Cáncer: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo: _____
<input type="checkbox"/> La gato	<input type="checkbox"/> La gato	<input type="checkbox"/> La gato	<input type="checkbox"/> La gato
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro

HISTORIA SOCIAL:

Consumo de tabaco: No Exfumador
 Masticable Cigarrillos Puro ePipe Tipo: _____ Cantidad/Día: _____ Años/Uso: _____

Alcohol: Sí No **Cafeína:** Sí No
 Tipo: _____ Cantidad y frecuencia: _____ Tipo: _____ Cantidad y frecuencia: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Dominio de la mano: Diestro Zurdo Ambidiestro

Nivel de actividad: Sedentario Moderado Vigoroso

Si tiene 65 años o más, ¿se ha caído en los últimos 12 meses? Sí No
 En caso afirmativo, número de caídas: _____ ¿La(s) caída(s) resultó(aron) en una lesión? Sí No
 (En caso afirmativo, tipos: _____)

Frecuencia del ejercicio: Nunca Ocasional 2-3 veces/semana 3-4 veces/semana Diariamente

Ocupación: _____ **Empleador:** _____