

Fecha de hoy: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de segundo nombre: ____ Fecha de nacimiento: _____

Médico de atención primaria (PCP): _____ Última visita a PCP: _____

Internista: _____ Cardiólogo: _____ Otro especialista: _____

Motivo de su visita hoy: _____

QUEJA ACTUAL

Parte del cuerpo: _____ Izq Der Ambas Áreas específicas: _____

Inicio: ____/____/____ Gradual Repentino Duración: ____ Días Semanas Meses Años

Escala de dolor (1-10): __ Frecuencia: Intermitente Constante Ocasional Excepcional

Contexto Lesión

: Sin lesión Lesión deportiva Accidente automovilístico Otro _____

Describe: _____

Tipo de trauma: Caída Corriendo Golpe directo Torción Levantando peso Choque

Describe: _____

Síntomas asociados Ninguno Hematoma Inestabilidad Debilidad Entumecimiento Hormigueo

Sensibilidad Inflamación Cojera Luxación Movilidad reducida Rigidez

Altura: _____ **Peso:** _____

HISTORIAL MÉDICO

SUS MÉDICOS: Indique sus médicos actuales y sus especialidades.

1. Médico _____ Especialidad _____

2. Médico _____ Especialidad _____

3. Médico _____ Especialidad _____

CONDICIONES MÉDICAS: Indique sus condiciones médicas.

1. _____ 4. _____ 7. _____

2. _____ 5. _____ 8. _____

3. _____ 6. _____ 9. _____
 NOMBRE: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: Indique los medicamentos recetados y de venta libre, incluyendo suplementos herbales.

Farmacia: CVS Walgreens Rite-aid Costco Vons Ralph Otra

Dirección: _____ Teléfono: _____

NINGÚN MEDICAMENTO

Medicamento: _____ Concentración _____ Indicaciones _____

ALERGIAS: Indique cualquier alergia o reacción a medicamentos /látex/otros agentes, incluyendo cualquier reacción a medicamentos antiinflamatorios.

NINGUNA ALERGIA CONOCIDA

Alergia: _____ Reacción: _____

Alergia: _____ Reacción: _____

Alergia: _____ Reacción: _____

Alergia: _____ Reacción: _____

CIRUGÍAS: Indique cualquier cirugía que haya tenido, incluyendo lado derecho o izquierdo y el año.

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR: Indique el estado de sus familiares con condiciones médicas.

Padre: Vivo Fallecido Edad _____ Condiciones médicas _____

Madre: Vivo Fallecido Edad _____ Condiciones médicas _____

Hermano/a: Vivo Fallecido Edad _____ Condiciones médicas _____

Hermana/a: Vivo Fallecido Edad _____ Condiciones médicas _____

Hijo/a: Vivo Fallecido Edad _____ Condiciones médicas _____

Hijo/a: Vivo Fallecido Edad _____ Condiciones
 NOMBRE: _____ médicas _____

HISTORIAL SOCIAL

 Ocupación _____ Mano dominante: Der. Izq. Ambidiestro
 Uso de tabaco: No Sí Anteriormente Fecha que dejó _____ Cigarrill
 # de paquetes/día _____ # de años _____ Tipo: o De mascar Pipa Cigarro
 Consumo de alcohol No Sí Tipo: Cerveza Vino Destilados _____ # por día/semana/mes _____
 Historial de alcoholismo: No Sí
 Uso recreativo de drogas : No Sí Tipo _____ ¿Usó agujas alguna vez? No Sí Año _____

HISTORIAL DE TRATAMIENTO:

Complete la siguiente sección sobre cualquier tratamiento o prueba diagnóstica que haya tenido en el último año.

Terapia	Fecha(s)	Establecimiento
Física		
Acuática		
Quiropráctica		
Acupuntura		
Otra		

Prueba diagnóstica	Parte del cuerpo	Fecha(s)	Establecimiento
Tomografía computarizada			
EMG/VCN			
IRM			
Otra			

Inyecciones	Parte del cuerpo	Fecha(s)	Establecimiento
Epidural			
Cortisona/Esteroides			
Terapia de líquido articular (Visco)			
PRP			
Célula madre			

Otra			
------	--	--	--