

NUEVO PROBLEMA PARA PACIENTE ESTABLECIDO

INFORMACION DEL PACIENTE (FAVOR DE IMPRIMIR)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Mano dominante: Derecha Izquierda

Alergias (Medicamento o látex): _____ No aplica

Razón de la consulta:

Hombro	Codo	Muñeca	Mano	Cadera	Rodilla	Tobillo	Pie	Cuello	Espalda
<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I		

Entumecimiento Dolor Debilidad Hinchazón Rigidez Otro: _____

¿Hace cuánto tiempo empezó? _____ Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años _____

¿Alguna vez ha tenido un problema como este? Si No

DESCRIPCION DE SU PROBLEMA:

sin lesión: inicio gradual repentino

Con lesión: por accidente por deporte Fecha del incidente: _____

Lesión en el trabajo (Work Comp): Fecha del incidente: _____

Accidenté de automóvil: Fecha de accidente: _____

Brevemente describa su problema: _____

TRATAMIENTOS PARA SU PROBLEMA:

¿Ha tenido algunos de estos tratamientos?

Medicamentos Inyección Cabestrillo Terapia Física Muletas

¿Visito la sala de emergencia para este problema? Si No Cual? _____ Fecha: _____

¿Qué pruebas le han hecho? Radiografía RMI (MRI) Tomografía Computarizada (CT) No aplica

¿Alguna vez le han hecho cirugía en esta área? Si No

Procedimiento: _____ Cirujano: _____ Fecha: _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿Ha tenido, o tiene, alguna de las siguientes enfermedades o enfermedades? Marque todo lo que corresponda.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> Flujo sanguíneo deficiente |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Murmuro del corazón | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Obstrucción intestinal | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Convulsión | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Flebitis/Coagulación de piernas | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problema de sangrado |
| <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza por migraña/tensión | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Émbolos pulmonares | <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre | <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Golpe | <input type="checkbox"/> NINGUNO APLICA |

¿Tiene alguna de las siguientes quejas? Marque todo lo que corresponda.

Constitucional

- Cambio de peso
- Fiebre o escalofríos

Piel

- Sarpullido/Llagas

Ojos & Vision

- Pérdida o cambio de visión
- Dolor o enrojecimiento de los ojos
- Riego excesivo
- Visión doble

Oídos & OIR

- Pérdida de audición
- Zumbido o ruidos en el oído
- Infección del oído / drenaje

Nariz & Garganta

- Ronquera
- Pasajes nasales bloqueados
- Hemorragias nasales
- Nariz con correr frecuente
- Dificultad para tragar

Respiratorio

- Respirar con silbido
- Escupir sangriento
- Tos excesiva
- Sudores nocturnos
- Dificultad para respirar

Cardiovascular

- Dolor torácico
- Latidos cardíacos anormales o rápidos
- Calambres de ternera con caminar
- Varices
- Sensibilidad fría de los dedos de las manos o pies
- Hinchazón frecuente o marcada de tobillos y pies
- Otro _____

Gastrointestinal

- Dificultades para la digestión
- Náuseas o vómitos frecuentes
- Falta o pérdida de apetito
- Dolor abdominal
- Diarrea recurrente
- Heces sangrientas, heces negras
- Otro _____

Genitourinarias

- Incontinencia urinaria
- Orina ensangrentada
- Micción dolorosa
- Dolor de flanco
- Urgencia de urinaria
- Dificultad para iniciar o orinar
- Otro _____

Genitourinario (hombre)

- Dolor de pene
- Anormalidad de los testículos
- Hinchazón escrotal
- Infección o llagas
- Prostatitis
- Desecho del pene
- Dificultad con la función sexual

Genitourinaria (mujer)

- Secreción mamaria, hinchazón, bultos
- Dolor vaginal
- Fibromas/tumores uterinos
- Infecciones
- Flujo menstrual anormal o doloroso
- Infertilidad o dificultad para concebir
- Cambio en la distribución del vello corporal
- Dificultad con la función sexual

Neurológicos

- Entumecimiento
- Debilidad
- Convulsiones
- Otro _____

Psiquiátrico

- Depresión
- Ansiedad
- Other _____

NINGUNO APLICA

