

Encuesta de antecedentes ortopédicos iniciales

Fecha: _____ Numero de grafico # _____ Proveedor: _____
 Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Temperatura: _____
 (Por favor en imprenta) Altura: ____/____ Peso: _____
 Edad: _____ ☐ Hombre ☐ Mujer Trajiste rayos- x? ☐ Si ☐ No Laboratorios? ☐ Si
☐ No
 Quién le pidió que visitara la oficina? ☐ Doctor (Nombre) _____ ☐ Autorreferencia ☐ Abogado _____
 Cuál es el motivo principal de esta visita? (Queja Principal) _____

Que parte del cuerpo está involucrada de?				(Ubicación de dolor)			
Cuello ☐	Hombro ☐ Derecha ☐ izquierda	Codo ☐ Derecha ☐ izquierda	Mano ☐ Derecha ☐ izquierda	Pelvis ☐ Derecha ☐ izquierda	Rodilla ☐ Derecha ☐ izquierda	Pie ☐ Derecha ☐ izquierda	
Espalda ☐ Medio ☐ Bajo	Brazo ☐ Derecha ☐ izquierda	Muñeca ☐ Derecha ☐ izquierda	Dedo ☐ Derecha ☐ izquierda	Cadera ☐ Derecha ☐ izquierda	Tobillo ☐ Derecha ☐ izquierda	Dedo del pie ☐ Derecha ☐ izquierda	

Cuanto tiempo ha estado presente este problema? _____ ☐ Días ☐ Semanas ☐ Meses ☐ Años

Eres Diestro o Zurdo? ☐ Derecha ☐ Izquierda
 Tienes una lesión? ☐ Si ☐ No Si es si, Fue...
 En el trabajo? ☐ Si ☐ No
 En un accidente automovilístico? ☐ Si ☐ No
 Otro Tipo de lesión? _____
 Fecha de la lesión? _____
 Litigios Pendientes? ☐ Si ☐ No

Fue inicio: ☐ Respuesta gradual o repentina:
 Marque la casilla a continuación que mejor describa su problema:
 Es dolor es ☐ Constante ☐ Viene y Va (intermitente)
 Severidad del dolor ☐ Leve ☐ Moderado ☐ severo ☐ Extremadamente severo
 Cuál es la calidad del dolor? ☐ Agudo ☐ Sordo ☐ punzante ☐ Palpitante ☐ dolor ☐ ardiente
☐ Otro: _____

Hay síntomas asociados? ☐ hinchazón ☐ entumecimiento ☐ debilidad
 Desde que comenzó mi problema, esta? ☐ Mejorando ☐ Empeorando ☐ Sin alterar
 Tu dolor te despierta en tus sueños? ☐ Si ☐ No
 Que empeora sus síntomas? ☐ Actividad ☐ Ejercicio ☐ trabajar
☐ Otro: _____

Que te hace sentir mejor? ☐ Descanso
☐ Otro: _____
 Tienes alguno de los siguientes? ☐ Fiebre ☐ Escalofríos ☐ Sudores
 Tiene dificultad para controlar sus intestinos o vejiga? ☐ Si ☐ No
 Que tratamientos ha probado para el problema de hoy:
☐ Inyección ☐ Refuerzo ☐ Terapia ☐ Bastón/ Muleta ☐ Quiropráctico ☐ Ortesis ☐ Ortos: _____

LESIONES ANTERIORES

1) Ha tenido problemas previos con esta misma condición ortopédica en el pasado? ☐ Si (Explique Abajo) ☐ No
 Si, si cando? _____

Que pruebas de diagnóstico la han hecho para este problema?
☐ Rayos- x ☐ Radiografía ☐ Mielograma ☐ Resonancia Magnética
☐ DEMG/NCS ☐ Escaneo Dexa ☐ Escaneo OCT ☐ Orto: _____

HISTORIA MEDICA PASADA

2) Tiene alguno de los siguientes problemas médicos? Por favor marque los que correspondan.

SIDA/VIH ☐	Problemas de sangrado ☐	EPOC ☐	Ataque ☐
Migrañas ☐	Enfisema/ Asma ☐	Hepatitis A, B, C ☐	Polio ☐
Anemia ☐	Fibromialgia ☐	Osteoporosis ☐	Problemas estomacal (ulceras, reflujo) ☐
Artritis ☐	Problemas del corazón ☐	Problemas nerviosos ☐	Problemas Tiroideos ☐
Diabetes ☐	Problemas de Riñón ☐	Neumonía ☐	Coagulas de sangre (TVP, PE) ☐
Epilepsia ☐	Enfermedades de los músculos ☐	Desordenes psiquiátricos ☐	Artritis Reumatoide ☐
Gota ☐	Presión Arterial Alta ☐	Depresión / ansiedad ☐	☐ Otro/ Ninguno _____
Cáncer ☐	Tipo: ☐ Pecho ☐ Próstata ☐ Pulmón ☐ Tiroides ☐		☐ Mieloma ☐

ANTECEDENTES QUIRURGICOS PASADOS☐ Ninguno

3) Ha tenido alguna de las siguientes cirugías? Por favor, marque los que correspondan y proporcione la fecha.

Artroscopia	☐	☐	☐ Tobillo	☐ Rodilla	☐ Hombro	☐ Muñeca	☐ ___/___/___
Reemplazo	☐	☐	☐ Tobillo	☐ Rodilla	☐ Hombro	☐ Muñeca	☐ ___/___/___
Fijación de fracturas	☐	☐	☐ Tobillo	☐ Rodilla	☐ Hombro	☐ Muñeca	☐ ___/___/___
			☐ Antebrazo	☐ Hombro	☐ Cadera	☐ Tibia	☐ Muñeca

Reconstrucción de LCA	☐ ___/___/___	Fusión cervical	☐ ___/___/___	Fusión lumbar	☐ ___/___/___
Cirugía cerebral	☐ ___/___/___	Cirugía de mano	☐ ___/___/___	Marcapasos	☐ ___/___/___
Cirugía de busto	☐ ___/___/___	Fémur de clavo intramedular	☐ ___/___/___	Esplenectomía	☐ ___/___/___
Stent cardiaco	☐ ___/___/___	Clavo intramedular tibia	☐ ___/___/___	Fusión torácica	☐ ___/___/___
Cirugía cardiaco	☐ ___/___/___	Discectomía torácica	☐ ___/___/___		☐ ___/___/___
Túnel carpal	☐ ___/___/___	Discectomía lumbar	☐ ___/___/___		

HISTORIA SOCIAL

Usas tabaco? ☐ Si ☐ No Paquetes por día _____ Variedades sin humo _____
Uso de alcohol? ☐ Si ☐ No Con que frecuencia? Diario ___/___/Semana
Historia Marital: ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)
Estas Trabajando? ☐ Si ☐ No
Ocupación: _____ ☐ Estudiante
Empleador: _____ Si no trabajas, cuanto tiempo ha estado sin trabajar? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: Algún familiar directo ha tenido alguno de los siguientes trastornos? Si, si. Que pariente?

*Algún familiar directo con la misma condición ortopédica por la que está siendo atendido hoy? ☐ Si ☐ No
Diabetes ☐ Si ☐ No Presión arterial alta ☐ Si ☐ No Enfermedad cardíaca ☐ Si ☐ No
Coágulos de sangre ☐ Si ☐ No Artritis ☐ Si ☐ No Cáncer ☐ Si ☐ No Si, si que tipo _____

REVISION DE SISTEMAS: Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas médicos? Por favor marque los que correspondan.

Dolor en el pecho	☐	Constipación	☐	Sangrando anormal	☐	Ciclo menstrual anormal	☐
Tos	☐	Manos/Pies Fríos	☐	Alteración del crecimiento	☐	Incontinencia de intestino	☐
Depresión	☐	Perdida del apetito	☐	Rinorrea	☐	Incontinencia de orina	☐
Dolor de oído	☐	Debilidad muscular	☐	Entumecimiento de los pies	☐	Alteración del sueño	☐
Desmayo	☐	Impotencia	☐	Entumecimiento de manos	☐	Producción de esputo	☐
Fiebre	☐	Problemas de equilibrio	☐	Dificultad para respirar	☐	Disturbio visual	☐
Manía	☐	Convulsiones	☐	Dolor de garganta	☐	Hinchazón en las piernas	☐
Erupción cutánea	☐	Úlceras en la piel	☐	Sibilancias	☐	Perdida de peso inexplicable	☐
Vómitos	☐	Dolor de estómago	☐	Aumento de peso	☐	Otro _____	☐
						☐ Ninguno	

Eres independiente en las actividades diarias normales? Si/No Ha cambiado esto recientemente? Si/No

Medicamentos Actuales:	Dosis		Dosis

☐ Nombre y número de farmacia:Alegrias a medicamentos: ☐ Si ☐ No Si, si _____Alguna vez ha tendió una reacción a la anestesia? ☐ Si ☐ No

Firma del Paciente: _____	Fecha: ___/___/___	Revisado por MD	Fecha: ___/___/___
Revisado por MD: _____	Fecha: ___/___/___	Revisado por MD	Fecha: ___/___/___