

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Médico Remitente: \_\_\_\_\_  Diestro  Zurdo

*Por favor llene este cuestionario para informar a su médico. Por favor circule o marque con una X las respuestas apropiadas a usted.*

**1. QUEJA PRINCIPAL** (sea breve): (ejemplo: Me caí y lastimé mi rodilla)

Parte del Cuerpo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Duración: (¿Cuánto tiempo ha tenido este problema?) \_\_\_\_\_

**Severidad del Dolor:**

- Tenue  
 Moderado  
 Severo  
 (Circule el número apropiado)



**Factores Modificantes:**

¿Qué lo hace sentir mejor? \_\_\_\_\_

¿Qué lo hace sentir peor? \_\_\_\_\_

Si puede recordar, por favor escriba los nombres de los doctores y las fechas en que los ha visto para este problema:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por favor marque los exámenes que se le han realizado para esta lesión:

- Rayos X  MRI  EMG  Estudio Tomográfico  Ultrasonido  Escáner Oseo  Otro \_\_\_\_\_

Por favor marque los tratamientos que se le han realizado para esta lesión:

- Ajustes Quiroprácticos  Reinserción Laboral  Masaje  Clínica para Dolor  Fisioterapia ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Por favor escriba los medicamentos o tipos de medicamentos que se le han dado para tratar esta condición: ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

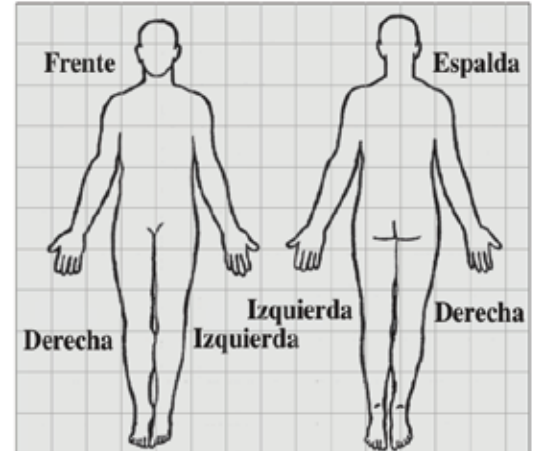
¿Se ha lastimado esta misma parte del cuerpo anteriormente?  Si  No ¿Aproximadamente cuando?: \_\_\_\_\_

**2. HISTORIAL MEDICO** - Marque con una X los que aplican a usted:

- |   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco               | <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado     | <input type="checkbox"/> Reflujo                                |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                 | <input type="checkbox"/> Depresión                         | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                 | <input type="checkbox"/> Lupus                    | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide                    |
| <input type="checkbox"/> Artritis                 | <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                 | <input type="checkbox"/> Migrañas                 | <input type="checkbox"/> Convulsiones                           |
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Pié Diabético                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis C                 | <input type="checkbox"/> Desorden Neurológico     | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño                        |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Vejiga      | <input type="checkbox"/> Dialisis                          | <input type="checkbox"/> Presión Alta                | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo | <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco/AIT                      |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico    | <input type="checkbox"/> Diverticulitis                    | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto             | <input type="checkbox"/> Osteoporosis             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides              |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre       | <input type="checkbox"/> Enfisema                          | <input type="checkbox"/> VIH                         | <input type="checkbox"/> Úlcera Péptica           | <input type="checkbox"/> Infección de la Vía Urinaria (Crónica) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                   | <input type="checkbox"/> Sangrado Gastrointestinal         | <input type="checkbox"/> Latido de Corazón Irregular | <input type="checkbox"/> Mala Circulación         | <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso                        |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho           | <input type="checkbox"/> Gastritis                         | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal         | <input type="checkbox"/> Embolismo Pulmonar       |   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Crónico | <input type="checkbox"/> Gota                              |  |   |   |

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

Ubicación: (marque la ubicación en la gráfica con una X)



**3. HISTORIAL QUIRURGICO** (Marque con una X las operaciones que ha tenido):

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amputación                   | <input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano    | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Rodilla        | <input type="checkbox"/> Reparación de Manguitos Rotadores      |
| <input type="checkbox"/> Creación de Fístula AV       | <input type="checkbox"/> Extracción de Cataratas        | <input type="checkbox"/> Kyfoplastia                 | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía                         |
| <input type="checkbox"/> Injerto AV                   | <input type="checkbox"/> Colectectomía                  | <input type="checkbox"/> Lumpectomía                 | <input type="checkbox"/> Tunneled Dialysis Catheter             |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Válvula Aórtica | <input type="checkbox"/> Resección de Colon             | <input type="checkbox"/> Mastectomía                 | <input type="checkbox"/> Cirugía para la Incontinencia Urinaria |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía                 | <input type="checkbox"/> Craniotomía                    | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Válvula Vitral | <input type="checkbox"/> Vertebroplastía                        |
| <input type="checkbox"/> Bypass Coronario             | <input type="checkbox"/> Bypass Gástrico                | <input type="checkbox"/> Nefrectomía: Nativa         | <input type="checkbox"/> Problemas con Anestésia-No             |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Espalda        | <input type="checkbox"/> Hemorroidectomía               | <input type="checkbox"/> Nefrectomía: Transplante    | <input type="checkbox"/> Problemas con Anestésia-Si             |
| <input type="checkbox"/> Broncoscopia                 | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Cintura           | <input type="checkbox"/> Marcapasos                  | <input type="checkbox"/> Complicaciones Quirúrgicas-No          |
| <input type="checkbox"/> Cesárea                      | <input type="checkbox"/> Histerctomía                   | <input type="checkbox"/> Paratiroidectomía           | <input type="checkbox"/> Complicaciones Quirúrgicas-Si          |
| <input type="checkbox"/> CABG                         | <input type="checkbox"/> Intervencional Pain Procedures | <input type="checkbox"/> Pneumonectomía              | <input type="checkbox"/> Delirio Post-operativo                 |
| <input type="checkbox"/> Endarterectomía Carótida     | <input type="checkbox"/> Artroscopia de la Rodilla      | <input type="checkbox"/> Prostatectomía              |   |

**4. HISTORIAL FAMILIAR** - Marque con una X los que apliquen a su familia:

- |  |  |   |   |                                       |
|--|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas con Anestesia | <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Osteoporosis         | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis                | <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre    | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Artritis Rehumatoide |                                       |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Cancer                | <input type="checkbox"/> Hipertensión           | <input type="checkbox"/> Paro Cardiaco/AIT    |                                       |

**5. HISTORIA SOCIAL**

Estado Civil:  Casado  Viudo  Soltero  Divorciado  Separado Niños:  Si  No

Empleo:  Retirado  Desempleado  Incapacitado  Ama de Casa  Estudiante  Empleado

Si esta empleado, ¿para quién trabaja?: \_\_\_\_\_ Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? \_\_\_\_\_

¿Fuma?:  Actualmente  Anteriormente  Nunca

¿Usa tabaco sin humo?:  Actualmente  Anteriormente  Nunca

¿Consume cafeína?:  Si  No ¿Cuánta cafeína consume por día? \_\_\_\_\_

¿Consume bebidas alcohólicas?  Si  No Tipo y cantidad: \_\_\_\_\_

**6. REVISION DE SISTEMAS** - ¿Esta teniendo problemas con alguno de los sistemas siguientes?

General: pérdida de peso, fatiga, debilidad, calentura, escalofríos, sudoración nocturna

Piel: comezón, llagas, chichones, tatuajes

Cabeza: trauma, dolor de cabeza, nausea, vómito, cambios visuales

Ojos: lentes, lentes de contacto, visión borrosa, visión doble

Boca, Garganta, Cuello: encía sangrante, dolor de garganta

Cardiaco: hipertensión, soplo cardiaco, dolor de pecho, palpitaciones, dificultad al respirar, enfermedad del corazón

Respiratorio: falta de aliento, respiración sibilante, toz, tociendo sangre, pneumonia, asma, bronquitis, emfisema, tuberculosis

Gastrointestinal: sangrado, pancreatitis, hemorroides, heces negras, sangrado gastrointestinal, vomitando sangre, dolor abdominal, ictericia, hepatitis

Urinario: frecuencia, doloroso o difícil orinar, sangrado en la orina, incontinencia, piedras, infección

Vascular: hinchazón de pierna (fluido), claudicación, venas varicosas, coágulos de sangre

Neurológico: entumecimiento, hormiguelo, temores, debilidad, parálisis, convulsiones, paro cardiaco

Hematológico: anemia, moretones/sangrado con facilidad, transfusiones

Endocrino: problemas de la tiroides, diabetes

Psiquiátrico: ansiedad, depresión, pérdida de memoria

**7. VITALES**

Alergias a Medicamentos (ejemplo: penicilina, yodo, tape, latex) (ejemplos de efectos secundarios: comezón, hinchazón, dificultad al respirar):

Medicamentos (Por favor escriba los medicamentos o tipos de medicamentos que esta usando actualmente):

**PARA USO INTERNO SOLAMENTE**

TEMP: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ PULSE: \_\_\_\_\_ HEIGHT: \_\_\_\_\_ WEIGHT: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_



Eric Sides, M.D.  
Art Gutierrez, P. A  
Michael Mrochek M.D  
James Bean, M.D.  
Daniel Vande Lune, M.D.  
Paul Chubb, D.O

## PATIENT DEMOGRAPHICS

**How did you hear about us?** Facebook \_\_\_ Instagram\_\_\_ Internet\_\_\_ Friend\_\_\_ Referring Doctor\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

**Patient Name:** \_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente)

**DOB:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Social Security #:** \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_  
(Fecha De Nacimiento) (Seguro Social)

**Address:** \_\_\_\_\_ **Home Phone:** \_\_\_\_\_  
(Direccion) (Telefono)

**City/State:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_  
(Ciudad/Estado) (Codigo Postal)

**Cell Phone:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_  
(Celular) (Correo Electronico)

**Referring Doctor:** \_\_\_\_\_ **Phone #:** \_\_\_\_\_  
(Medico de Referencia) (Telefono)

**Employer:** \_\_\_\_\_  
(Empleo)

**Employer Address:** \_\_\_\_\_ **Occupation:** \_\_\_\_\_  
(Direccion del lugar de empleo) (Ocupacion)

**City/State:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_  
(Ciudad/Estado) (Codigo Postal)

**Marital Status:** \_\_\_\_\_ **Race/Ethnicity (optional):** \_\_\_\_\_  
(Estado Civil) (Etnicidad (Opcional))

**Spouse Name:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
(Nombre de Esposa/Esposo) (Telefono)

**Spouse Employer:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
(Empleo de Esposa/Esposo) (Telefono)

**Emergency Contact:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
(En Caso de emergencia Notificar a:) (Telefono)