

(915) 581-0712 • Fax: (915) 833-7312

7430 Remcon Circle • 1400 George Dieter • 1810 Murchison

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:

☐ Anemia

☐ Ansiedad

☐ Artritis

☐ Asma

☐ Problemas de Vejiga

☐ Trastorno Hemorrágico

☐ Coágulos de Sangre

☐ Cancer

☐ Dolor de Pecho

☐ Dolor de Espalda Crónico

☐ Insuficiencia Cardíaca Congestiva

☐ Depresión

☐ Diabetes

☐ Pié Diabético

☐ Dialisis

☐ Diverticulitis

☐ Enfisema

☐ Sangrado Gastrointestinal

☐ Gastritis

☐ Gota

☐ Paro Cardíaco

☐ Hepatitis A

☐ Hepatitis B

☐ Hepatitis C

☐ Presión Alta

☐ Colesterol Alto

☐ VIH

☐ Latido de Corazón Irregular

☐ Insuficiencia Renal

☐ Problemas del Hígado

☐ Lupus

☐ Migrañas

☐ Desorden Neurológico

☐ Entumecimiento/Hormigueo

☐ Osteoporosis

☐ Úlcera Péptica

☐ Mala Circulación

☐ Embolismo Pulmonar

☐ Reflujo

☐ Artritis Reumatoide

☐ Convulsiones

☐ Apnea del Sueño

☐ Paro Cardíaco/AIT

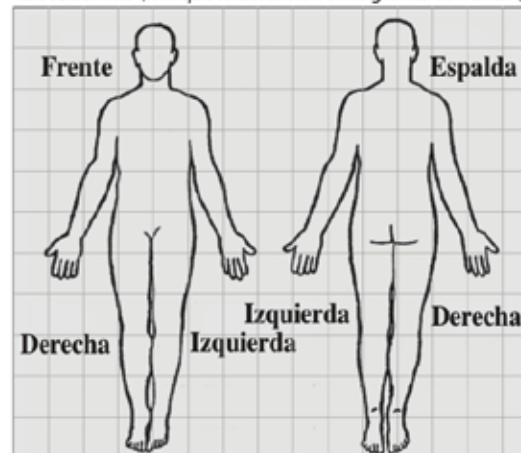
☐ Enfermedad de la Tiroides

☐ Infección de la Vía Urinaria (Crónica)

☐ Pérdida de Peso

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):

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

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

- | | | | | |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| ☐ Problemas con Anestesia | ☐ Trastorno Hemorrágico | ☐ Diabetes | ☐ Osteoporosis | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Artritis | ☐ Coágulos de Sangre | ☐ Enfermedad del Corazón | ☐ Artritis Reumatoide | |
| ☐ Asma | ☐ Cancer | ☐ Hipertensión | ☐ 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, enfisema, 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, hormigueo, 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

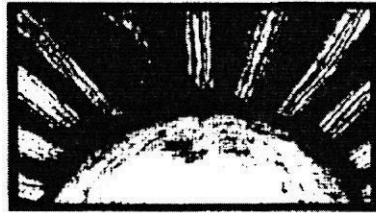
7. VITALES

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: _____



SUN CITY

ORTHOPAEDIC & HAND SURGERY SPECIALISTS

Persona Para Comunicarse

El nombre y la direccion de la persona la cual usted puede comunicarse para mas informacion tocante las practicas de privacidad es:

Oficial de HIPAA

Sun City Orthopedic and Hand Surgery Specialists

Fecha Vigente: Este aviso es vigente en o despues del May 7, 2012

He recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad por parte de **Sun City Orthopedic and Hand Surgery Specialists.**

Nombre del Paciente (Letra de Molde o a Maquina)**Fecha de Nacimiento****AUTHORIZACION:**

Doy consentimiento a cualquier tratamiento medico/examen fisico que sea requerido para mi o para el menor mencionado por lo cual yo soy legitimamente responsable.

ASIGNACION: Yo doy mi permiso para el pago de los beneficios por los servicios recibidos a la oficina de **Sun City Orthopedic and Hand Surgery Specialists.** You comprendo que soy responsable financieramente por todos los cargos, esten o no esten cubiertos por la compania de seguro.

HISTORIA MEDICA: Por este medio se autoriza que se divulgue cualquier informacion que sea necesaria para el procesamiento de esta reclamacion. Una copia de esta autorizacion es tan valida como el original. Nosotros no podemos aceptar responsabilidad para el cobro de su reclamacion de seguro o por hacer negociaciones para el arreglo de una reclamacion que este en disputa.

Yo por este medio autorizo a **Sun City Orthopedic and Hand Surgery Specialists** que suministrar o divulgar informacion respeto a mi salud o tratamiento, a la aseguradora, agencia del gobierno, empleador, profesionales de salud o abogados.

Firma del Paciente**Fecha**

Representante del Paciente**Relacion del Representante al Paciente**

(Requerida si el paciente es menor de edad o es un adulto que no puede firmar esta forma.)



**ORTHOPAEDIC &
HAND SURGERY SPECIALISTS**

PATIENT DEMOGRAPHICS

Date: _____

How did you hear about us? Social Media _____ Friend _____ Referring Dr _____ Other _____

Patient Name: _____ DOB: _____ Social Security #: _____ - _____ - _____
(Nombre del Paciente) (Fecha De Nacimiento) (Seguro Social)

Mailing Address: _____ Primary Phone: _____
(Direccion) (Telefono)

City/State: _____ Zip Code: _____
(Ciudad/Estado) (Codigo Postal)

Email: _____ Martial Status: _____
(Correo Electrónico)

Referring Doctor: _____ Phone #: _____
(Médico de Referencia) (Telefono)

Preferred Pharmacy: _____ Phone #: _____
(Farmacia Preferida) (Telefono)

Address: _____ Cross Street: _____
(Dirección) (Intersección)

Employer: _____ Employer Phone #: _____
(Empleo) (Telefono)

Did you get injured at work? _____ Occupation: _____
(Se lastimó en el trabajo?) (Ocupación)

Primary Insurance: _____ Secondary Insurance: _____
(Aseguranza Primaria) (Aseguranza Secundaria)

Policy Holder Name: _____ DOB: _____ SSN: _____ - _____ - _____
(Titular de Poliza) (Fecha De Nacimiento) (Seguro Social)

Responsible Party: _____ DOB: _____ SSN: _____ - _____ - _____
(Persona responsable) (Fecha De Nacimiento) (Seguro Social)

Spouse Name: _____ Phone: _____
(Nombre de Esposa/Esposo) (Telefono)

Emergency Contact: _____ Phone: _____
(En caso de emergencia Notificar a) (Telefono)