



Office: (915) 581-0712 | Fax: (915) 833-7312

Nombre del

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Médico Remitente: _____

Diestro

Zurdo

Farmacia Preferida: _____

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

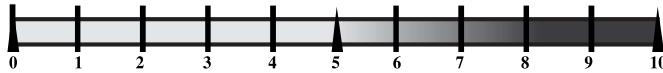
Parte del Cuerpo: _____

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

Severidad del Dolor:

- Tenuo
 Moderado

Severo
(Círcule 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 Reinscripción 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? _____

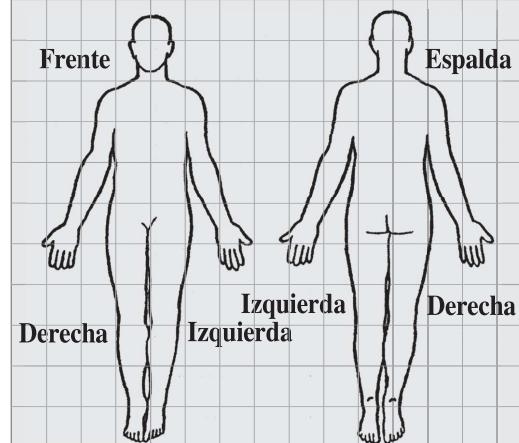
¿Se ha lastimado esta misma parte del cuerpo anteriormente? Si No ¿Aproximadamente cuando?: _____

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"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Pié Diabético | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Desorden Neurológico | <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco/AIT |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Vejiga | <input type="checkbox"/> Dialisis | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Infección de la Vía |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Ulcera Péptica | <input type="checkbox"/> Urinaria (Crónica) |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Sangrado Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Latido de Corazón Irregular | <input type="checkbox"/> Mala Circulación | <input type="checkbox"/> Perdida 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"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Crónico | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Problemas del Riñón Crónico | <input type="checkbox"/> Reflujo | |

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"/> Kyoplastía | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Injerto AV | <input type="checkbox"/> Colecistectomía | <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 Anestesia-No |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Espalda | <input type="checkbox"/> Hemorrhoidectomía | <input type="checkbox"/> Nefrectomía: Transplante | <input type="checkbox"/> Problemas con Anestesia-Sí |
| <input type="checkbox"/> Broncoscopía | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Cintura | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Complicaciones Quirúrgicas-No |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Paratiroidectomía | <input type="checkbox"/> Complicaciones Quirúrgicas-Sí |
| <input type="checkbox"/> CABG | <input type="checkbox"/> Interventional Pain Procedures | <input type="checkbox"/> Pneumonectomía | <input type="checkbox"/> Delirio Post-operativo |
| <input type="checkbox"/> Endarterectomía Carótida | <input type="checkbox"/> Artroscopía 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 Reumatoide | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Paro Cardiaco/AIT | |

5. HISTORIA SOCIALEstado Civil: Casado Viudo Soltero Divorciado Separado Niños: Si NoEmpleo: 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¿Consumo cafeína?: Si No ¿Cuánta cafeína consume por día? _____¿Consumo bebidas alcohólicas? Si No Tipo y cantidad: _____**6. IMPLANTES** - Marque con una X los que apliquen a su familia:

- Marcapasos Stent

7. REVISION DE SISTEMAS - ¿Esta teniendo problemas con alguno de los sistemas siguientes?General: pérdida de peso, fatiga, calentura, escalofríos, sudoración nocturnaOjos: lentes, lentes de contacto, visión borrosa, visión doble/diplopía, dolor de ojo, rojezOrejas: pérdida de audición, zumbido, audífono, mareoBoca, Garganta: encia sangrante, dolor de garganta, problemas dentalesCuello: hinchazón, bultos en el cuelloRespiratorio: falta de aliento/disnea, respiración sibilante, toz, hemoptisis/escupir sangreCardiaco: soplo cardiaco, dolor de pecho, palpitaciones, dificultad o respiración forzada/disneaGastrointestinal: hemorroides, heces negras, vomitando sangre, dolor abdominal, ictericia, sangre en las hecesUrinario: frecuencia, doloroso o difícil orinar, sangrado en la orina, incontinencia, infecciónPiel: erupciones, llagas, bultos, moretonesNeurológico: entumecimiento, hormigueo, temblores, debilidad, parálisis, convulsionesPsiquiátrico: ansiedad, depresión, pérdida de memoriaHematológico: moretones/sangrado con facilidad, transfusiones actualmente no experimento ningún problema en ninguno de los sistemas anteriores**8. VITALES**Alergias a Medicamentos (ejemplo: penicilina, yodo, tape, latex) (ejemplos de efectos secundarios: comezón, hinchazón, dificultad al respirar): Ningun conosimiento de allergiaMedicamentos (Por favor escriba los medicamentos o tipos de medicamentos que esta usando actualmente): Actualmente no estoy tomando ningun medicamento**PARA USO INTERNO SOLAMENTE**

TEMP: _____ BP: _____ PULSE: _____ HEIGHT: _____ WEIGHT: _____ BMI: _____



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: _____
(Direccion) (Intersección)

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

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

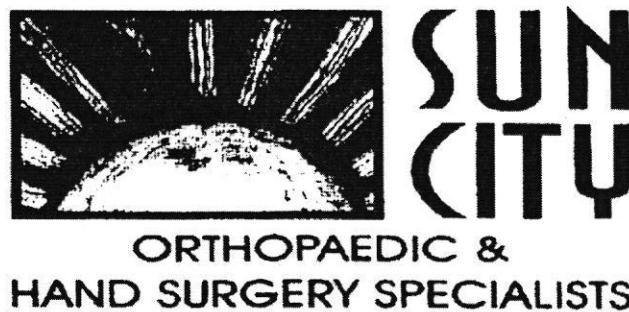
Primary Insurance: _____ Secondary Insurance: _____
(Aseguranza Primaria) (Aseguranza Secundaria)

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)



Persona Para Comunicarse

El nombre y la dirección de la persona la cual usted puede comunicarse para mas información tocante las prácticas de privacidad es:

Oficial de HIPAA

Sun City Orthopedic and Hand Surgery Specialists

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

He recibido una copia del Aviso de Prácticas 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 médico/examen físico que sea requerido para mí o para el menor mencionado por lo cual yo soy legítimamente 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**. Yo comprendo que soy responsable financieramente por todos los cargos, estén o no estén cubiertos por la compañía de seguro.

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

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

Firma del Paciente

Fecha

Representante del Paciente

Relación del Representante al Paciente

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