

Medical Information/Información Médica

The form must be filled out before you see the physician. The information on the form provides basic information about your orthopedic problem and general health condition. This information is very important and can influence your orthopedic diagnosis and treatment.

El formulario debe completarse antes de ver al médico. La información en el formulario proporciona información básica sobre su problema ortopédico y estado de salud general. Esta información es muy importante y puede influir en su diagnóstico y tratamiento ortopédico.

Today's Date: _____

Patient Acct. #: _____

Fecha de hoy: _____

Paciente Acct. # _____

Name: _____ Sex: _____ Date of Birth: ____/____/____ Age: _____

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Primary Doctor/Referring Doctor (Name/Phone #): _____

Médico de primario/de referencia (nombre/número de teléfono): _____

Preferred Pharmacy _____

Farmcia Preferida: _____

Height: _____ Weight: _____ Occupation: _____ Dominant Hand: [] Right [] Left

Altura: _____ Peso: _____ Ocupación: _____ Mano dominante: [] Derecha o [] Izquierda

What type of orthopedic problem(s) are you being seen for today? _____

¿Qué tipo de problema(s) ortopédico(s) le están viendo hoy? _____

Did your symptoms result from an accident? [] Yes [] No If Yes, list the date and nature of the accident below.

¿Sus síntomas fueron el resultado de un accidente? [] Sí [] No. Si es así, enumere la fecha y la naturaleza del accidente a continuación.

If not an accident, when did your problem first occur? _____

Si no es un accidente, ¿cuándo ocurrió su problema por primera vez? _____

Have you seen a doctor for this problem before? [] Yes [] No

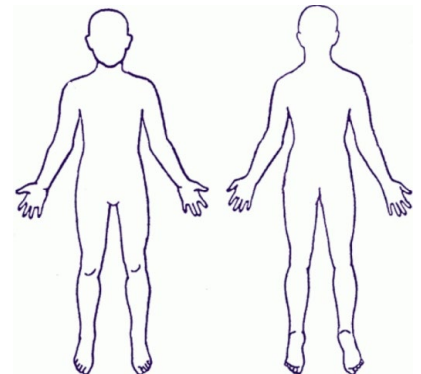
¿Ha visto a un médico por este problema antes? [] Sí [] No

Please rate your pain area on the diagram. **Por favor, señale su área de dolor en el diagrama.**

Mark 1 for most painful/Marca 1 para los más dolorosos

Mark 2 for next most painful/Marca 2 para los más dolorosos

Mark 3 for third most painful/Marca 3 para los más dolorosos



Medical Information (cont.)

Name: _____

Date: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

How would you describe your symptoms (check all that apply)

- Dull ache Sharp Stabbing Hot Cold Chills
 Numb Stiffness Cramping "Giving out" Weak
 "Sleepy" Tingling Cracking

¿Cómo describiría sus síntomas (marque todos los que correspondan)?

- Dolor sordo Agudo Punzada Caliente Frío Escalofríos
 Entumecimiento Rigidez Calambres "Rendir" Débil
 "Somnoliento" Hormigueo Agrietamiento

Check the severity of your symptoms:

- Mild, no compromise of activities Moderate, marked compromise of activities
 Slight, some compromise of activities Severe, unable to perform activities

Verifique la gravedad de sus síntomas:

- Leve, sin compromiso de actividades Compromiso moderado y marcado de actividades
 Leve, algún compromiso de actividades Grave, incapaz de realizar actividades

Has this been improving? Improving Getting worse Remaining unchanged

¿Ha ido mejorando esto? Mejorando Empeorando Permaneciendo sin cambios

How frequent are the symptoms in this area?

- Occasional – less than half the day Frequent – more than half the day
 Intermittent – about half the day Constant – all day and every day

¿Qué tan frecuentes son los síntomas en esta área?

- Ocasional – menos de la mitad del día Frecuente – más de la mitad del día
 Intermitente – aproximadamente la mitad del día Constante – todo el día y todos los días

What relieves your symptoms? _____

¿Qué alivia sus síntomas? _____

What makes the symptoms worse? _____

¿Qué empeora los síntomas? _____

Have you had similar problems before? _____

¿Has tenido problemas similares antes? _____

Medical Information (cont.)

Name: _____

Date: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Which medical tests or treatments have you received for this problem?

X-ray CT scan MRI Bone scan Blood tests Nerve tests (EMG) Myelogram

Nerve injection (nerve root block) Joint injection Discogram (X-ray of discs in back)

Other _____

¿Qué pruebas médicas o tratamientos ha recibido para este problema?

Radiografías Tomografía computarizada Resonancia magnética Gammagrafía ósea Análisis de sangre Pruebas

nerviosas (EMG) Mielografía

Inyección nerviosa (bloqueo de la raíz nerviosa) Inyección articular Discograma (radiografía de discos en la espalda)

Otros _____

List ALL surgeries you have had and the approximate date. (Example: hip replacement, 1999)

Haga una lista de TODAS las cirugías que ha tenido y la fecha aproximada. (Ejemplo: reemplazo de cadera, 1999)

List ALL allergies and any reactions (including allergies to medications):

Haga una lista de TODAS las alergias y reacciones a medicamentos

List all medications you are currently taking:

Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente:

1. _____ 9. _____

2. _____ 10. _____

3. _____ 11. _____

4. _____ 12. _____

5. _____ 13. _____

6. _____ 14. _____

7. _____ 15. _____

8. _____ 16. _____

What active or past medical conditions have you had? (Check all that apply)

Diabetes Rheumatoid arthritis COPD Heart attack Stroke Sleep apnea Cancer

AFIB Reflux Hypertension Anemia Asthma HIV/Aids

¿Qué condiciones médicas activas o pasadas ha tenido? (Marque todo lo que corresponda)

Diabetes Artritis reumatoide EPOC Ataque cardíaco Embolio Apnea del sueño Cáncer

FIBRI Reflujo Hipertensión Anemia Asma VIH/Sida

List any other serious medical condition(s) that are not shown above: _____

Enumere cualquier otra condición médica grave que no se muestre arriba: _____

Medical Information (cont.)

Name: _____

Date: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

<u>Social History:</u>	<u>Currently use</u>	<u>Previously used</u>	<u>How much</u>	<u>How long</u>	<u>Stopped</u>
Tobacco	[] yes [] no	[] yes [] no	_____	_____	_____
Beer, wine, liquor	[] yes [] no	[] yes [] no	_____	_____	_____
Recreation/street drugs	[] yes [] no	[] yes [] no	_____	_____	_____

<u>Historial social:</u>	<u>Uso actual</u>	<u>Uso anterior</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Cuánto Tiempo</u>	<u>Cuando paro de consumir</u>
Tabaco	[] sí [] no	[] sí [] no	_____	_____	_____
Cerveza, vino, licor	[] sí [] no	[] sí [] no	_____	_____	_____
Recreación/drogas callejeras	[] sí [] no	[] sí [] no	_____	_____	_____

Do you exercise? [] Yes [] No List type and frequency: _____

¿Haces ejercicio? [] Sí [] No Tipo de ejercicio y frecuencia: _____

Family Medical History:

<u>Relative</u>	<u>Current age</u>	<u>(or age at death)</u>	<u>Current medical condition(s) (or cause of death)</u>
Father	_____	_____	_____
Mother	_____	_____	_____
Sibling	_____	_____	_____
Sibling	_____	_____	_____

Antecedentes médicos familiares:

<u>Pariente</u>	<u>Edad actual</u>	<u>(o edad al momento de la muerte)</u>	<u>Condición(es) médica(s) actual(es) (o causa de muerte)</u>
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermano	_____	_____	_____
Hermana	_____	_____	_____

Has anyone in your family (mother/father/siblings) experienced any of these health conditions?

[] Problems with anesthesia [] Bleeding conditions [] Diabetes [] Osteoporosis

¿Alguien en su familia (madre / padre / hermanos) ha experimentado alguna de estas condiciones de salud?

[] Problemas con la anestesia [] Condiciones hemorrágicas [] Diabetes [] Osteoporosis

Review of Symptoms: (Please note any symptoms you may currently have.)

Revisión de los síntomas: (Tenga en cuenta cualquier síntoma que pueda tener actualmente).

Name: _____

Date: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Check any of these NEW problems that may apply to you:

- Weakness/arms Weakness/legs
 Difficulty w/balance Fevers Chills Sweats Loss of appetite Bladder problems
 Constipation Bowel problems Unexpected wt. loss (more than 10 lbs.) Pain wakes me up

Verifique cualquiera de estos NUEVOS problemas que pueden aplicarse a usted:

- Debilidad/brazos Debilidad/piernas
 Dificultad con equilibrio Fiebres Escalofríos Sudores Pérdida de apetito Problemas de vejiga
 Estreñimiento Problemas intestinales Pérdida inesperada de peso (más de 10 lbs.) El dolor me despierta

General: unexplained weight change fever fatigue

General: cambio de peso inexplicable fiebre fatiga

Skin: rashes skin sores

Piel: erupciones llagas en la piel

ENMT: sore throat ear pain dry eyes

ENMT: dolor de garganta dolor de oído ojos secos

Respiratory: recurrent cough excessive sputum wheezing shortness of breath sleep apnea

Respiratorio: tos recurrente esputo excesivo silbido en el pecho dificultad para respirar apnea del sueño

Cardiac: chest pain at rest or on exertion high or low blood pressure high cholesterol irregular heart rate/rhythm

swelling of both legs or ankles sleeping on two or more pillows leg cramps when walking cold feet

sores on feet or ankles blood clots in legs

Cardíaco: dolor en el pecho en reposo o en el esfuerzo presión arterial alta o baja colesterol alto frecuencia/ritmo cardíaco

irregular hinchazón de ambas piernas o tobillos dormir sobre dos o más almohadas calambres en las piernas al caminar pies

fríos llagas en pies o tobillos coágulos de sangre en las piernas

Gastrointestinal: heartburn recurrent nausea or vomiting recurrent constipation or diarrhea

loss of bowel control abdominal pain

Gastrointestinal: acidez estomacal náuseas o vómitos recurrentes estreñimiento o diarrea recurrentes

pérdida del control intestinal dolor abdominal

Urinary: frequent urination loss of bladder control decreased force of urinary stream

Urinario: micción frecuente pérdida del control de la vejiga disminución de la fuerza de la corriente urinaria

Musculoskeletal: [] back pain [] neck pain

Musculoesquelético: [] dolor de espalda [] dolor de cuello

Neurological: [] seizure or convulsions [] abnormal memory loss [] slurred speech [] tremors [] frequent or constant
[] numbness or tingling in a body part

**Neurológico: [] Epilepsia o convulsiones [] pérdida anormal de la memoria [] dificultad para hablar [] temblores
[] frecuentes o constantes [] entumecimiento u hormigueo en una parte del cuerpo**

Hematologic: [] anemia [] easy bruising or bleeding [] splenectomy [] leukemia

Hematológica: [] anemia [] moretones o sangrado fácil [] esplenectomía [] leucemia

Endocrinology: [] excessive urination [] excessive sweating or thirst

Endocrinología: [] micción excesiva [] sudoración excesiva o sed

Psychology: [] excessive nervousness [] anxiety [] depression [] insomnia

Psicología: [] nerviosismo excesivo [] ansiedad [] depresión [] insomnio

***Office Use Only/*Solo uso de oficina**

Reviewed by Doctor: _____ Revisado por Doctor: _____

Date: _____ Fecha: _____