

## Formulario de Información del Paciente

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

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer ¿Cuál es su mano dominante?:  Izquierda  Derecha

¿Cuál doctor lo(a) remitió?: \_\_\_\_\_ Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

Empleador actual: \_\_\_\_\_ Ocupación : \_\_\_\_\_ Jubilado(a):  Sí  No

Queja principal/razón por la visita: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la parte afectada de su cuerpo que ocasionó su visita de hoy? \_\_\_\_\_ El dolor es:  Nuevo  Recurrente  Crónico

¿Tiene antecedentes de trauma?  Sí  No Fecha de inicio/Lesión: \_\_\_\_\_

Si tiene antecedentes de trauma, ¿qué clase de trauma?

- Accidente de auto  Caída desde el plano de sustentación  Caída desde una estructura alta  Un altercado  Un golpe directo  
 Enganchado por maquinaria  Lesión deportiva  Otra (Especificar)  N/A

¿Dónde ocurrió el golpe?

- En el gimnasio  En el asilo de ancianos  En la alberca  En la calle  En el jardín  En la casa  En el parque  
 En la escuela  En el trabajo  Otro (Especificar \_\_\_\_\_)

El tipo de dolor:  Dolor constante  Calambres  Ardor  Dolor que se desplaza  Punzante

Intensidad del dolor:  No hay dolor (0)  Leve (1-3)  Moderado (4-6)  Severo (7-10)

Frecuencia del dolor:  Constantemente  2-4 veces al día  Diario  Cada varios días  Intermitente  Raramente

Progresión del dolor desde que le empezó:

- Sin cambio  Resuelto  Mejorando gradualmente  Mejorando rápidamente  Empeorando gradualmente  
 Empeorando rápidamente  Aumentando y disminuyendo

El dolor se empeora con (marque todo lo que corresponda):  Nada  Movimiento  Palpación  Uso  Al poner peso

Tratamientos que intentó para aliviar el dolor (marque todo lo que corresponda):

- Nada  Elevación  Hielo  No poner peso  Reposo  Tylenol®  Medicamentos antiinflamatorios  
 Inmovilización  Inyecciones  Calor  Terapia Física  Dispositivo de soporte/ortopédico/de asistencia

Mejoramiento con tratamiento (marque uno):  Sin alivio  Leve  Moderado  Significante

Tratamientos que intentó (marque todo que corresponde):  Terapia Física  Inyección(nes)  Medicamento

## Revisión de Síntomas (marque cualquier síntoma que tiene actualmente)

### Constitucional

- Fiebre
- Escalofríos
- Sudoración

### Síntomas relacionados con la Cabeza, Oído, Nariz, Garganta

- Hinchazón facial
- Sangrados nasales

### Ojos

- Trastornos visuales

### Respiratorio

- Falta de aire
- Opresión en el Pecho

### Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Hinchazón de las piernas

### GASTROINTESTINAL

- Sangre en las heces
- Estreñimiento
- Diarrea

### Genitourinario

- Dificultad para orinar
- Disuria (dolor al orinar)
- Dolor de costado
- Sangre en la orina

### Musculoesquelético

- Dolor en las articulaciones
- Dolor de espalda
- Dificultad al caminar
- Inflamación en las articulaciones
- Dolores musculares
- Dolor del cuello

### NEUROLÓGICO

- Mareo
- Dolores de cabeza
- Entumecimiento
- Debilidad muscular y en las extremidades

### Hematológico

- Moretones
- Sangrar fácilmente

### Psicológico

- Confusión
- Nervioso(a)/ansioso(a)
- Lesión autoinfligida

### Piel

- Cambio en el color
- Sarpullido/lesiones
- Herida abierta

## Historia Médica (marque todo lo que corresponde)

- Alcoholismo
- Ansiedad
- Asma
- Cáncer
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica/enfisema
- Depresión
- Diabetes
- Trombosis Venosa Profunda/ Embolismo Pulmonar/coágulos de sangre
- Gota
- Enfermedad cardíaca
- Hepatitis
- VIH/SIDA
- Presión sanguínea elevada
- Enfermedad renal
- Hipertermia maligna
- Osteoporosis
- Enfermedad vascular periférica (mala circulación)
- Derrame cerebral
- Abuso de sustancias
- Úlceras
- Ningún antecedente significante

## Historia Quirúrgica (marque todo lo que corresponde)

- Amígdalas/adenoides
- Apendectomía
- Biopsia (\_\_\_\_\_)
- Cirugía cerebral
- Cirugía de senos
- Bypass del corazón (revascularización de la arteria coronaria por injerto o CABG, por sus siglas en inglés)
- Extirpación de la vesícula biliar
- Cirugía del colon
- Cirugía cosmética
- Cirugía de ojos
- Cirugía de fractura
- Derivación gástrica/banda gástrica
- Reparación de hernia:
- Cirugía de cadera
- Histerectomía
- Cirugía de rodilla
- Cálculos en los riñones (litotricia)
- Extracción de ovarios
- Cirugía de la próstata
- Cirugía de la columna vertebral
- Reemplazo de válvula
- Vasectomía
- Ninguna

## Antecedentes Médicos de la Familia (marque todo lo que corresponde)

Parentesco	Vivo(a)/Fallecido(a)	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Enfermedad cardíaca	Hepatitis	Diabetes	Úlceras	Gota	VIH	Depresión	Trastorno de ansiedad	Enfermedad renal	Fibromialgia	Osteoporosis	Vascular periférica	Trombosis venosa profunda	Derrame cerebral	Abuso de drogas	Abuso de alcohol
Madre																		
Padre																		
Hermana																		
Hermano																		

## Historia Social

### Estado Civil

- Casado(a)
- Viudo(a)
- Soltero(a)
- Divorciado(a)

¿Usted bebe alcohol?  Sí  No

Copas de vino por semana \_\_\_\_\_

Latas de cerveza por semana \_\_\_\_\_

Tragos de licor por semana \_\_\_\_\_

### Su estado como fumador

- Fumador actual
- Ex-fumador
- Nunca ha fumado

\_\_\_\_\_ Paquetes por día por \_\_\_\_\_ años

**Continúa en la próxima página**

