

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.

I. 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 Osseo 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? _____

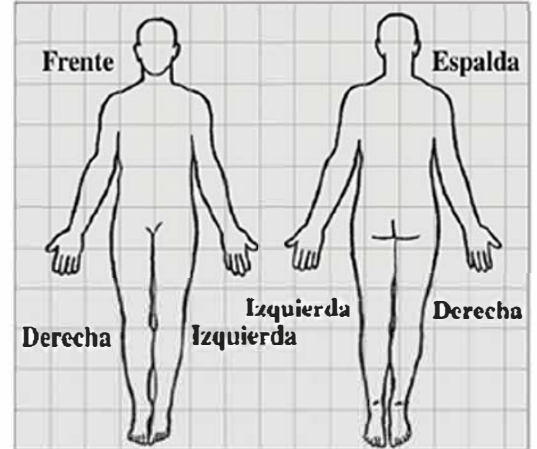
¿Se ha lastimado esta misma parte del cuerpo anteriormente? Si No ¿Aproximadamente cuando?: _____

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: encia 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):

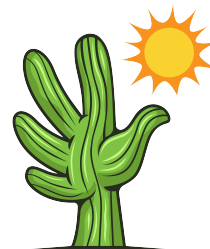
PARA USO INTERNO SOLAMENTE

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

John Dunn, MD

**Doble Certificacion
Cirugia de Mano, Muneca y Nervio Periferico**

JohnDunnMD.com



PATIENT DEMOGRAPHICS

How did you hear about us? Social Media__ 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)

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

Address: _____ **Cross Street:** _____
(Direccion) (Intersección)

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

Occupation: _____
(Ocupacion)

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)