



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

Medicamentos actuales Lista de medicamentos, dosis y frecuencia. Por ejemplo: Aspirina de 325mg, dos veces al día

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Alergias Médicas Haga una lista de las alergias médicas y las reacciones que ocasionan.

Alergia Médica	Reacción

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____