



Formulario de Información del Paciente (Patient Information Intake Form)

Fecha (Date): _____ Nombre (Name): _____ Fecha de Nacimiento (Date of Birth): _____ Edad (Age): _____

Estatura (Height): _____ Peso (Weight): _____ Sexo (Sex): Hombre (Male) Mujer (Female) ¿Cuál es su mano dominante?: Izquierda (Left) Derecha (Right)
(Which is your dominate hand)

¿Cuál doctor lo(a) remitió?: _____ Médico de Cabecera: _____
(What doctor sent you to us) (Family Physician)

Empleador actual (Current Employer): _____ Ocupación (Occupation): _____ Jubilado(a) (Retired): Sí (Yes) No

Queja principal/razón por la visita (Chief complaint/reason for visit): _____

¿Cuál es la parte afectada de su cuerpo que ocasionó su visita de hoy? _____ El dolor es : Nuevo Recurrente Crónico
(Which body part is the reason for your visit today?) (This pain is) (New) (Recurrent) (Chronic)

¿La visita de hoy se debe a una lesión? (Is today's visit due to an injury?) Sí (Yes) No Fecha de inicio/Lesión (Date of onset/injury): _____

Si hay una lesión, ¿qué clase de lesión? (If there is an injury, what type of injury)

- Accidente de auto (Motor vehicle accident) Caída desde el plano de sustentación (Fall from standing height) Caída desde una estructura alta (Fall from high structure)
- Un altercado (An altercation) Un golpe directo (A direct blow) Enganchado por maquinaria (Caught in machinery) Lesión deportiva (Athletic Injury)
- Otra (Especificar) (Other (Specify): _____) N/A

¿Dónde ocurrió el golpe? (Where did the injury occur?)

- En el gimnasio (At the gym) En el asilo de ancianos (At a nursing home) En la alberca (At the pool) En la calle (In the street) En el jardín (In the yard)
- En la casa (At home) En el parque (At the park) En la escuela (At school) En el trabajo (At work) Otra (Especificar) (Other (Specify): _____)

El tipo de dolor (Quality of pain): Dolor constante (Aching) Calambres (Cramping) Ardor (Burning) Dolor que se desplaza (Shooting) Punzante (Stabbing)

Intensidad del dolor (Severity of Pain): No hay dolor (0) (No Pain (0)) Leve (1-3) (Mild (1-3)) Moderado (4-6) (Moderate (4-6)) Severo (7-10) (Severe (7-10))

Frecuencia del dolor (Frequency of pain): Constantemente (Constantly) 2-4 veces al día (2-4 times/day) Diario (Daily) Cada varios días (Every several days) Intermitente (Intermittently) Raramente (Rarely)

Progresión del dolor desde que le empezó (Progression of pain since onset): Sin cambio (Unchanged) Resuelto (Resolved) Mejorando gradualmente (Gradually improving)

Mejorando rápidamente (Rapidly improving) Empeorando gradualmente (Gradually worsening) Empeorando rápidamente (Rapidly worsening)

Aumentando y disminuyendo (Waxing and waning)

El dolor se empeora con (marque todo lo que corresponda): Nada (Nothing) Movimiento (Movement) Palpación (Palpation) Uso (Use) Al poner peso (Weight bearing)
(Pain is aggravated by (check all that apply))

Tratamientos que intentó para aliviar el dolor (marque todo lo que corresponda) (Treatments tried to help pain (check all that apply)):

- Nada (Nothing) Elevación (Elevation) Hielo (Ice) No poner peso (Non-weight bearing) Reposo (Rest) Tylenol®
- Medicamentos antiinflamatorios (Anti-inflammatory medications) Inmovilización (Immobilization) Inyecciones (Injections) Calor (Heat) Terapia Física (Physical Therapy)
- Dispositivo de soporte/ortopédico/de asistencia (Brace/Orthotic/Assistive device)

Mejoramiento con tratamiento (marque uno) (Improvement with treatment (check one): Sin alivio (No relief) Leve (Mild) Moderado (Moderate) Significante (Significant)

Tratamientos que intentó (marque todo que corresponde) (Treatments tried (check all that apply):

- Terapia Física (Physical therapy) Inyección(es) (Injections) Medicamento (Medication)

Revisión de Síntomas (marque cualquier síntoma que tiene actualmente) (Review of Systems)

Constitucional (Constitutional)

- Fiebre (Fever)
- Escalofríos (Chills)
- Sudoración (Sweats)

Síntomas relacionados con la Cabeza, Oído, Nariz, Garganta (HENT)

- Hinchazón facial (Facial swelling)
- Sangrados nasales (Nosebleeds)

Ojos (Eyes)

- Trastornos visuales (Visual disturbance)

Respiratorio (Respiratory)

- Falta de aire (Shortness of breath)
- Opresión en el Pecho (Chest tightness)

Cardiovascular

- Dolor en el pecho (Chest pain)
- Hinchazón de las piernas (Leg swelling)

Gastrointestinal

- Sangre en las heces (Blood in stool)
- Estreñimiento (Constipation)
- Diarrea (Diarrhea)

Genitourinario (Genitourinary)

- Dificultad para orinar (Difficulty urinating)
- Disuria (dolor al orinar) (Dysuria (Pain when urinating))
- Dolor de costado (Flank pain)
- Sangre en la orina (Blood in urine)

Musculoesquelético (Musculoskeletal)

- Dolor en las articulaciones (Joint pain)
- Dolor de espalda (Back pain)
- Dificultad al caminar (Difficulty walking)
- Inflamación en las articulaciones (Joint swelling)
- Dolores musculares (Muscle pain)
- Dolor del cuello (Neck pain)

Neurológico (Neurological)

- Mareo (Dizziness)
- Dolores de cabeza (Headaches)
- Entumecimiento (Numbness)
- Debilidad muscular y en las extremidades (Limb/muscle weakness)

Hematológico (Hematologic)

- Moretones (Bruising)
- Sangrar fácilmente (Easy bleeding)

Psicológico (Psychological)

- Confusión
- Nervioso(a)/ansioso(a) (Nervous/anxiety)
- Lesión autoinfligida (Self-inflicted injury)

Piel (Skin)

- Cambio en el color (Change in color)
- Sarpullido/lesiones (Rash/lesions)
- Herida abierta (Open wound)

Historia Médica (marque todo lo que corresponde) (Medical History)

- Alcoholismo (Alcoholism)
- Ansiedad (Anxiety)
- Asma (Asthma)
- Cáncer
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica/enfisema (COPD/emphysema)
- Depresión (Depression)
- Diabetes
- Trombosis Venosa Profunda/Embolismo Pulmonar/coágulos de sangre (DVT/PE/blood clots)
- Gota (Gout)
- Enfermedad cardíaca (Heart disease)
- Hepatitis
- VIH/SIDA (HIV/AIDS)
- Presión sanguínea elevada (High blood pressure)
- Enfermedad renal (Kidney disease)
- Hipertermia maligna (Malignant hyperthermia)
- Osteoporosis
- Enfermedad vascular periférica (mala circulación) (Peripheral vascular disease (Poor circulation))
- Derrame cerebral (Stroke)
- Abuso de sustancias (Substance abuse)
- Úlceras (Ulcers)
- Ningún antecedente significativo (No significant history)

Historia Quirúrgica (marque todo lo que corresponde) (Surgical History)

- Amígdalas/adenoides (Tonsils/adenoids)
- Apendectomía (Appendectomy)
- Biopsia (Biopsy) (_____)
- Cirugía cerebral (Brain surgery)
- Cirugía de senos (Breast surgery)
- Bypass del corazón (revascularización de la arteria coronaria por injerto o CABG, por sus siglas en inglés) (Heart bypass (CABG))
- Extirpación de la vesícula biliar (Gall bladder removal)
- Cirugía del colon (Colon surgery)
- Cirugía cosmética (Cosmetic surgery)
- Cirugía de ojos (Eye surgery)
- Cirugía de fractura (Fracture surgery)
- Derivación gástrica/banda gástrica (Gastric bypass/banding)
- Reparación de hernia (Hernia repair)
- Cirugía de cadera (Hip surgery)
- Histerectomía (Hysterectomy)
- Cirugía de rodilla (Knee surgery)
- Cálculos en los riñones (litotricia) (Kidney stones (lithotripsy))
- Extracción de ovarios (Ovary removal)
- Cirugía de la próstata (Prostate surgery)
- Cirugía de la columna vertebral (Spine surgery)
- Reemplazo de válvula (Valve replacement)
- Vasectomía (Vasectomy)
- Ninguna (None)

Antecedentes Médicos de la Familia (marque todo lo que corresponde) (Family Medical History)

Parentesco (Relationship)	Vivo(a)/Fallecido(a) (Living/Deceased)	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)	Enfermedad cardíaca (Heart disease)	Hepatitis	Diabetes	Úlceras (Ulcers)	Gota (Gout)	VIH (HIV)	Depresión (Depression)	Trastorno de ansiedad (Anxiety disorder)	Enfermedad renal (Kidney disease)	Fibromialgia	Osteoporosis	Vascular periférica (Peripheral vascular)	Trombosis venosa profunda (Deep vein thrombosis)	Derrame cerebral (Stroke)	Abuso de drogas (Drug abuse)	Abuso de alcohol (Alcohol abuse)
Madre (Mother)																		
Padre (Father)																		
Hermana (Sister)																		
Hermano (Brother)																		

Historia Social (Social History)

Estado Civil (Marital Status)

- Casado(a) (Married) Viudo(a) (Widowed) Soltero(a) (Single)
 Divorciado(a) (Divorced)

¿Usted bebe alcohol? (Do you drink alcohol) Sí (Yes) No

Copas de vino por semana (Glasses of wine per week) _____

Latas de cerveza por semana (Cans of beer per week) _____

Tragos de licor por semana (Shots of liquor per week) _____

Su estado como fumador (Smoking status)

- Fumador actual (Current smoker) Ex-fumador (Former smoker)
 Nunca ha fumado (Never smoked)

_____ Paquetes por día por (Packs per day for) _____ años (years)

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

Medicamento <small>(Medication)</small>	Dosis <small>(Dose)</small>	Frecuencia <small>(Frequency)</small>

Alergias Médicas Haga una lista de las alergias médicas y las reacciones que ocasionan. (Medical Allergies)

Alergia Médica <small>(Medical Allergy)</small>	Reacción <small>(Reaction)</small>

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____
(Patient /Guardian Signature) (Date)

Firma del Médico: _____ Fecha: _____
(Physician Signature) (Date)