

Formulario de historia clínica

Nombre del paciente: _____ Número de cuenta: _____

Altura: _____ pies _____ pulgadas Peso: _____

_____ (libras) Fecha de la lesión: _____

Diagnóstico según su médico: _____

¿Cómo ocurrió/se exacerbó esta lesión? _____

¿Ha sido hospitalizado por esta afección? Sí No En caso afirmativo, cantidad: _____

¿Se ha sometido a una cirugía por esta afección? Sí No En caso afirmativo, fecha: _____

En caso afirmativo, tipo de cirugía: _____

¿Se ha caído este año? Sí No En caso afirmativo, cuántas veces: _____

¿Ha recibido tratamiento previo por esta afección? Sí No En caso afirmativo, fecha: _____

En caso afirmativo, resumir: _____

¿Le han hecho alguna vez algo de lo siguiente? Electromiografía TC Mielografía

RM Rayos X ¿Alguna vez lo han tratado,

o lo tratan en la actualidad por alguna de las siguientes afecciones?

Síndrome de dificultad respiratoria adquirida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fobia o ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Artritis (artritis reumatoide u osteoartritis)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad degenerativa del disco (enfermedad de la espalda, estenosis espinal, dolor de espalda crónico severo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Infarto (ataque al corazón)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad vascular periférica (EVP)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Accidente cerebrovascular o AIT	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la parte superior del tracto gastrointestinal (úlceras, hernia, reflujo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Discapacidad visual (cataratas, glaucoma, degeneración macular)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Alergias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lesión en la espalda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de coagulación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Anomalías en los intestinos / la vejiga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Epilepsia o trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fractura	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hernia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
VIH/sida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad o medicamentos inmunosupresores	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas del hígado / de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Implantes de metal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nausea / vómitos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Embarazo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Disfunción sexual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Anomalías de la piel	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fumar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Instrucciones de dieta especial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Nombre del paciente: _____

Número de cuenta: _____

¿Toma algún medicamento? Haga clic aquí si lo adjunta: Adjunto Listar (puede usar el reverso):

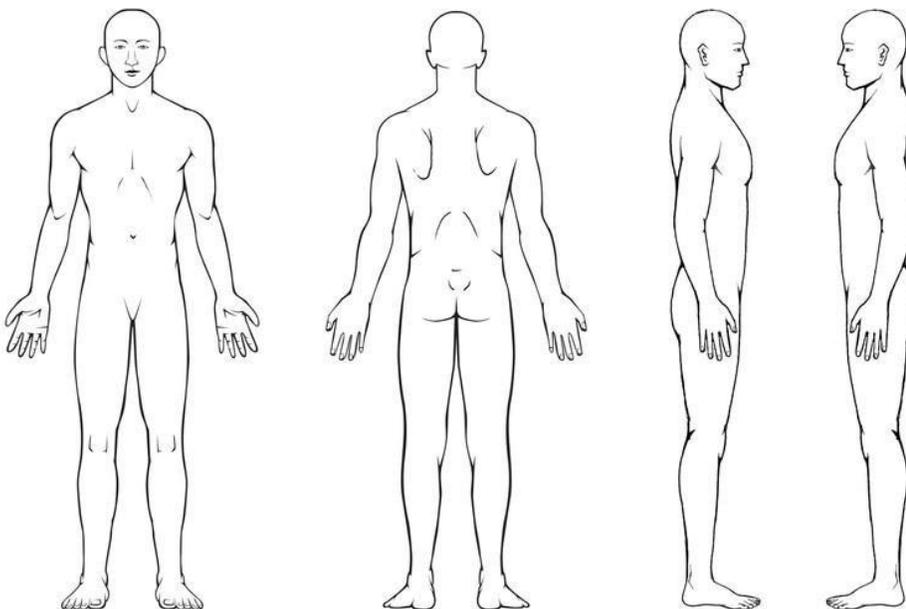
Para ayudarnos a entender sus síntomas, marque todas las opciones que correspondan.

El dolor es peor: por la mañana / durante el día / por la noche / constante / durante la actividad / durante el descanso

En una escala de 0 a 10, (en la que "0" significa que no siente dolor y "10", un dolor intolerable que requiere hospitalización), clasifique su dolor en el mejor de los casos _____ y en el peor de los casos _____.

Diagrama del dolor

Usando la clave provista, dibuje el símbolo(s) que represente su dolor sobre el área del cuerpo que se refiera a su estado actual.



Clave

UUU (por Arriba↑) o DDD (por Abajo↓) Dolor irradiado

XXX Espasmo

ZZZ Sensibilidad

//// Entumecimiento y hormigueo

000 Dolores y molestias

¿Hay otra información relativa a su historia clínica que deberíamos conocer? _____

¿Cuál es su meta para la terapia en este momento? _____

Firma del paciente o tutor (si el paciente es un menor): _____ Fecha: _____