

Grand River Health

Formulario Historial de pacientes ortopédicos

Dr. Derkash Dr. Kopich Andy Sever, PA-C Dr. Harris

Nota: Este es un archivo confidencial y se mantendrá en la oficina de su doctor. Información contenida aquí no será revelada a nadie sin su autorización.

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ I: _____

Fecha de Hoy: _____ Doctor que le refirió _____

Fecha de Nacimiento: _____ Farmacia Local: _____

Queja Principal

Cual es la razón principal por su visita de hoy? (Describa su problema en detalle)

Es esta lesión relacionada al trabajo? S N

Altura: _____ Peso: _____ P/A

Historia de Enfermedad Presente

Por favor conteste las siguientes preguntas

Locación de el problema

Abdomen Espalda Pierna

Otro: _____

Frente



Atrás



Cuanto tiempo dura el problema?

30 minutos 1 hora Esta siempre ahí

Otro: _____

Hay algo mas ocurriendo al mismo tiempo?

Si No Si es así, por favor explique

Nausea Sarpullido jaquecas

Otro: _____

En una escala de 1-10 con 10 siendo el más severo, circule el Numero que mejor describe el problema.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cuando es que usted noto el problema por primera vez?

Hace 2 días Hace 2 semanas Hace 1 mes

Otro: _____

Hay algo que ayude o haga que empeore el problema?

Moveirse Levantarse Acostarse de lado

Otro: _____

Es el problema constante o variable?

Suave luego agudo Muy agudo luego se va Constante

Otro: _____

Este problema interfiere con sus funciones normales?

Si No Otro: _____

Antecedentes Médicos y Social

Liste todas las enfermedades serias en su familia inmediata. (Ejemplo: Diabetes, Tuberculosis, Cáncer de Mama, Enfermedades del Corazón, etc.)

Liste cualquier enfermedad/o cirugías personales pasadas

Alergias y reacción:

Liste cualquier medicamento que está tomando y la dosis

Usted Fuma? S N

Bebe usted alcohol? S N

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Revisión de Sistemas

Tiene ahora o ha tenido en el pasado cualquier problema relacionado a los siguientes sistemas? **Circule SI o NO.**
Por favor explique cualquier respuesta a **SI** en el espacio proporcionado.

Síntomas Constitucionales

Fiebre	S	N
Escalofríos	S	N
Jaquecas	S	N
Otro: _____		

Ojos

Visión Borrosa	S	N
Doble Visión	S	N
Dolor	S	N
Otro: _____		

Alérgico/Inmunológico

Fiebre de Heno	S	N
Alergias a Medicina	S	N
Otro: _____		

Neurológico

Temblores	S	N
Ataques de Vértigo	S	N
Entumecimiento/Hormigueo	S	N
Otro: _____		

Endocrino

Sed Excesiva	S	N
Muy Caliente/Frío	S	N
Cansado/Lento	S	N
Otro: _____		

Gastrointestinal

Dolor Abdominal	S	N
Nausea/Vomito	S	N
Indigestión/Acidez	S	N
Otro: _____		

Cardiovascular

Dolor en el Pecho	S	N
Venas Varicosas	S	N
Presión Arterial Alta	S	N
Otro: _____		

Tegumentario

Sarpullido en la Piel	S	N
Erupciones	S	N
Comezón Persistente	S	N
Otro: _____		

Musculoesquelético

Dolor de Articulaciones	S	N
Dolor de Cuello	S	N
Dolor de Espalda	S	N
Otro: _____		

Oído/Nariz/Garganta/boca

Infección de Oído	S	N
Dolor de Garganta	S	N
Problemas de Senos Paranasales	S	N
Otro: _____		

Genitourinario

Retención de Orina	S	N
Dolor al Orinar	S	N
Frecuencia Urinaria	S	N
Otro: _____		

Respiratorio

Sibilancias	S	N
Tos Frecuente	S	N
Falta de Aliento	S	N
Otro: _____		

Hematológico/Linfático

Glándulas Inflamadas	S	N
Problemas de Coagulación de Sangre	S	N
Otro: _____		

Psicológico

Esta generalmente satisfecho con su vida?	S	N
Se siente severamente deprimido?	S	N
Ha considerado el suicidio?	S	N
Otro: _____		

Physician Use Only: (Comments/Notes)