

Barcode Label


 Interviewer: _____
 Office: _____

Private Health Patient

****PLEASE USE BLACK INK****

Informacion del paciente

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de seguro social _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Telefono de casa _____ Telefono celular _____ Correro electronico _____

Ocupacion _____ **Desempleados**

Empleador/Empresa _____ Telefono de trabajo _____

Direccion de empleador _____ Duracion en el empleador _____

Empleador/Empresa segunda _____ Telefono de trabajo segunda _____

Direccion de empleador segunda _____

Sexo: Masculino Femenino Altura _____ Peso _____ Mano Primaria: Izquierda DerechaRaza: Americano Africano Asiatico Americano Blanco Hispano OtroEstado Civil: Casado Soltero Asociacion Domestica Divorciado Separado Viudo

Nombre de su esposo/esposa: _____

Nombre de un contacto en caso de emergencia: _____ Relacion: _____

Telefono de contacto _____

Nombre del pariente mas cercano que no vive con usted _____ Telefono _____

Informacion de segudo medico

Portador de seguro medico _____ Firma renuncia

Direccion del portador del seguro medico _____

Numero de poliza _____ Numero del grupo _____

Propietario de poliza _____ Fecha de nacimiento de propietario de la poliza _____

Empleador de propietario _____ Relacion con el paciente _____

Firma del paciente: _____ Provider's Initials: _____

Por que necesitas una evaluacion hoy? Marque la zona y explicar brevemente.

(Ejemplo-dolor, entumecimiento, hormigueo, ardor, debilidad)

- Cuello Hombro Codo Muneca Parte baja de la espalda Cadera Rodilla Pierna Tobillo Pie
 Otro (especifique): _____

Cuando empezaron los sintomas? _____

Cuando empezaron los sintomas de delor? Marque la respuest apropiada y explica.

- De repente Poco a poco Torsion Levantando objeto Caida Levantamiento Flexion Golpeado por objeto Deportes Sin causa aparente _____

Usted fue al hospital o emergencias? Si, Fecha(s) _____ No

Nombre de hospital: _____

Le tomaron rayos X, resonancia magnetica(MRI), Tomografia axial computalizada(CT scan), o otras pruebas de diagnastico? _____

Ha tratado en algun lugar por este accidente? Si No

Si marque si, donde? _____ Numero de telefono _____

Por favor, indique todos los medicamentos que esta tomando: _____

Por favor, indique todos los suplementos que esta tomando: _____

Por favor, indique todos las alergias que tienes (incluyendo las alergias a medicamentos y latex: _____

Quien es su medico primario? _____ Numero de telefono _____

Direccion de tu medico primario _____

Firma del paciente: _____ Provider's Initials: _____

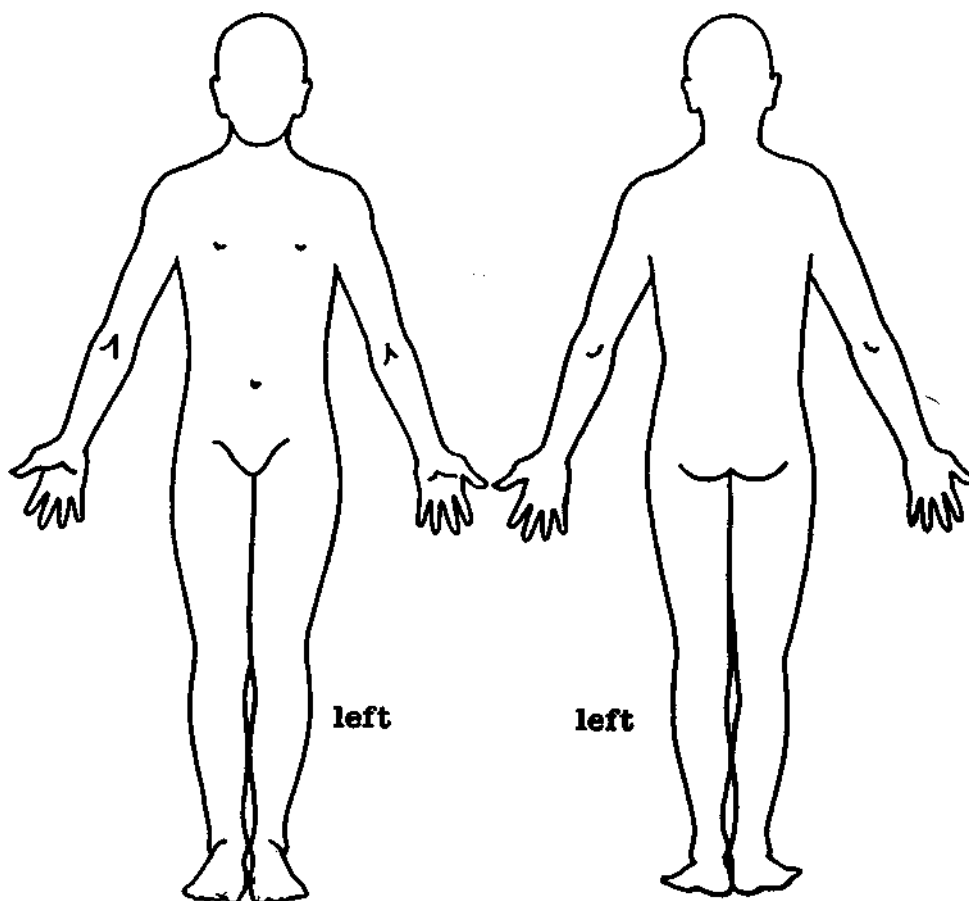
Descripcion del dolor

Clasifique por favor su dolor en una escala de 1-10.
(1= dolor suave, 10= El peor dolor alguna vez has sentido)

Areas de lesion	Escala del dolor	Areas de lesion	Escala del dolor	Areas de lesion	Escala del dolor
Cabeza		Hombro izquierdo		Hombro derecha	
Cuello		Codo izquierdo		Codo derecha	
Parte superior de la espalda		Muneca/mano izquierda		Muneca/mano derecha	
Espalda baja		Rodilla izquierda		Rodilla derecha	
Caderas		Tobillo izquierda		Tobillo derecha	

Utilice los quadros abajo para indicar sus areas problematicas. Utilice el simbolo apropiado para indicar entumecimiento, los pernos y agujas, el quemarse, tiesura, dolor adolorido, o dolor que apunala.

Entumecimiento: □	Pernos y agujas: .-.	Dolor adolorido: ±
Dolor que se apunala: ↑	El quemarse: #	Tiesura: u



Firma del paciente: _____

Provider's Initials: _____

Revision de sintomas

Peso _____ Lbs. Peso hace 1 ano _____ Maximo que ha pesado _____ Quando _____

Historia Medical:

Por favor marque cualquiera de los sintomas que se aplican a usted hoy:

Sintomas	Si	NO	Sintomas	Si	NO
Dolor abdominal			Debilidad muscular		
Ansiedad			Entumecimiento o hormigueo		
Dolor de pecho			Dolor al orinar o urgente		
Tos			Latidos rapidos		
Cortes que no dejan de sangrar			Erupcion		
Depresion			Falta de aliento		
Fiebre/escalofrios			Inflamacion de las piernas		
Orina con frecuencia			Vomito		
Moretones frecuentes y facil			Escremento descoloradas		
Ritmo cardiaco irrelular			Problemas de cicatrizacion de heridas		
Dolor y/o inflamacion de las articulaciones			Otras: _____		
Dolor y/o inflamcion muscular			_____		

Marque si ha tenido alguna de estas condiciones en el pasado o si hay antecedentes familiars de estas condiciones:

Enfermedad grave	Si	NO	FAMILIA	Enfermedad grave	Si	NO	Familia
Anemia				Enfermedad hepatica			
Artritis				Enfermedad renal			
Arritmias cardiacas o palpitaciones				Perdida de la vision			
Asma				Neuropatia			
Problemas de sangrado				Paralisis			
Coagulos de sangre				Enfermedad vascular periferica			
Cancer:				Neumonia			
Angina de pecho				Enfermedad psiquiatrica			
Diabetes				Embolia pulmonar			
Enfermedad de la vesicula				Reflujo			
Ulceras gastricas				Ulceras o ruptura de la piel			
Glaucoma				Uso de esteroides			
Ataque al corazon				Derrame cerebral			
Insuficiencia cardiaca				Enfermedad de tiroides			
Soplo cardiaco				Tuberculosis-TB			
Hepatitis B				Infecciones urinarias			
Hepatitis C				Valvulas trastornos del corazon			
Presion arterial alta				Problemas de cicatrizacion de heridas			
SIDA/VIH				Condiciones Ortopedicas:			
Immunodeficiencia				Otro: _____			

Firma del paciente: _____ Provider Initials: _____ 4

Historia de cirugia

Por favor escriba cualquier cirugia y las fechas en que se completaron:

Fecha:	Cirugia:

Historia Social

Tienes ninos?

Si – Quantos: _____ No

Estas embarazada? (Mujeres solo)

Si No

Usted vive solo?

Si No

Drogas/Alcohol:

Historia de abuso de sustancias?

Si No

Usted toma bebidas alcoholicas?

Si – Quantos: _____ No

Usted fumas?

Si - Quantos: _____ No

Si usted fumo en el pasado, como desea ha sido puesto que usted paro?

0-3 mes 3-6 meses 6-12 meses mas que un ano

Ejercicio:

Usted hace ejercicio?

Dario Semanal Mensual Raramente Nunca

Que tipo de ejercicio?

Caminando Coriendo Nadando Levantando pesa Aerobicos

Otra _____

Firma del paciente: _____ Provider Signature: _____ 5