



Cuestionario para pacientes adultos:

Fecha de la visita: _____

NOMBRE: _____ N.º de historia clínica: _____
 Apellido Primer nombre Sólo para uso interno

Fecha de nacimiento: _____ ¿Es usted Diestro Zurdo

¿Quién lo remitió a nuestro consultorio? Marque con un círculo solo una opción: Médico Enfermera con práctica
 médica Auxiliar médico Fisioterapista Entrenador físico certificado (ATC) Entrenador

Nombre: _____

Dirección: _____

¿Le gustaría que enviemos una copia de las notas de la visita de hoy al profesional que lo remitió? Sí No

¿Tiene un médico de familia (médico de cabecera)? Sí No Si responde sí, por favor indique:

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

¿Cuál es su estado civil? Casado Soltero Divorciado Viudo Otro _____

¿Tiene empleo actualmente? Sí No Ocupación: _____

¿Está retirado? Sí No ¿Es discapacitado? Sí No

¿El problema actual es una lesión laboral? Sí No Si responde sí, indique la fecha en que ocurrió _____

Si responde sí, indique datos del Seguro de Compensación para Trabajadores:

Fecha de la lesión: _____ N.º de caso de la aseguradora: _____

¿Su problema es el resultado de un accidente de tránsito? Sí No

¿Si no ha podido trabajar, por favor indique la primera fecha de discapacidad: _____

¿Hay un juicio pendiente? Sí No

¿Es usted estudiante? Sí No Si responde sí, en qué escuela _____ Grado: _____

¿Practica deportes? Sí No Si responde sí, ¿qué deporte(s)/en qué posición(es)? _____

Principal motivo de consulta: _____

¿Siente dolor en reposo? Sí No

Escala de intensidad del dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Tiene dolor durante la actividad? Sí No

Escala de intensidad del dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuándo empezó el problema? _____

¿Cómo empezó el problema? _____

Actualmente, sus síntomas están: Mejorando Empeorando Iguales

Describe su tratamiento hasta el momento: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

Operaciones: _____

Enfermedades: _____

Alergias a medicamentos: _____

Alergia al látex: Sí No Alergia al metal: Sí No Alergia al material de contraste: Sí No

Mencione todos los medicamentos que toma regularmente: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Algún miembro de su familia (familiares de sangre) tiene alguna de las siguientes condiciones:

Diabetes Mellitus	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos hemorrágicos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedades cardíacas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reacción a la anestesia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
TB (tuberculosis)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Luxación de cadera	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos genéticos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Esclerosis múltiple	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Escoliosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



**Stony Brook Medicine
University Physicians**

Stony Brook Orthopaedic Associates

Artritis infantil Sí No

Otro: _____

ANTECEDENTES SOCIALES:

¿Usted fuma? Sí No Si responde sí, ¿cuántos paquetes por día? _____

¿Hace cuántos años? _____

¿Fumó alguna vez? Sí No Si responde sí, ¿cuántos paquetes por día? _____

¿Por cuántos años? _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No Si responde sí, ¿cuánto consume por semana? _____

¿Utiliza drogas recreativas? Sí No Si responde sí, mencione la(s) droga(s) y la frecuencia _____

¿Qué pasatiempos, actividades recreativas o deportes practica? _____

REVISIÓN DE SISTEMAS:

(Marque todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/>	General	<input type="checkbox"/>	Garganta	<input type="checkbox"/>	Ardor o dolor
<input type="checkbox"/>	Aumento o pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	Incontinencia
<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>	Ronquera	<input type="checkbox"/>	Cambios en la intensidad urinaria
<input type="checkbox"/>	Fiebre o escalofríos	<input type="checkbox"/>	Candidosis		Vascular
<input type="checkbox"/>	Debilidad	<input type="checkbox"/>	Llagas que no cicatrizan	<input type="checkbox"/>	Dolor en las pantorrillas al caminar
<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	Problemas en la mandíbula	<input type="checkbox"/>	Calambres en las piernas:
	Piel		Cuello	<input type="checkbox"/>	Trombosis venosa profunda
<input type="checkbox"/>	Sarpullidos	<input type="checkbox"/>	Bultos		Musculoesquelético
<input type="checkbox"/>	Bultos	<input type="checkbox"/>	Glándulas inflamadas	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular o en las articulaciones
<input type="checkbox"/>	Picazón	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	Rigidez
<input type="checkbox"/>	Sequedad	<input type="checkbox"/>	Rigidez	<input type="checkbox"/>	Dolor en la espalda
<input type="checkbox"/>	Cambios de color		Respiratorio	<input type="checkbox"/>	Enrojecimiento de las articulaciones
<input type="checkbox"/>	Cambios en el pelo y las uñas	<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de las articulaciones
	Cabeza	<input type="checkbox"/>	Espujo	<input type="checkbox"/>	Traumatismos
<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Falta de aire		Neurológico
<input type="checkbox"/>	Lesiones en la cabeza	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Mareos
<input type="checkbox"/>	Dolor en el cuello	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	Desmayos
	Oídos		Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	Dolor o molestia en el pecho	<input type="checkbox"/>	Debilidad
<input type="checkbox"/>	Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	Opresión	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento
<input type="checkbox"/>	Dolor de oídos	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Hormigueo
<input type="checkbox"/>	Secreción	<input type="checkbox"/>	Falta de aire con la actividad		Hematológico
	Ojos	<input type="checkbox"/>	Hinchazón	<input type="checkbox"/>	Facilidad para formar hematomas/hemorragias
<input type="checkbox"/>	Pérdida/cambios de visión		Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	VIH
<input type="checkbox"/>	Anteojos o lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	Problemas para tragar		Hepatitis C
<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	Acidez estomacal	<input type="checkbox"/>	Endocrino
<input type="checkbox"/>	Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	Alteración del apetito	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al calor o el frío
<input type="checkbox"/>	Visión borrosa o doble	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	Sudoración
<input type="checkbox"/>	Destellos	<input type="checkbox"/>	Cambios en los hábitos de deposición	<input type="checkbox"/>	Necesidad de orinar frecuentemente
	Nariz	<input type="checkbox"/>	Sangrado rectal	<input type="checkbox"/>	Sed
<input type="checkbox"/>	Congestión	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento		Alteración del apetito
<input type="checkbox"/>	Secreción	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Psiquiátrico
<input type="checkbox"/>	Picazón	<input type="checkbox"/>	Ojos o piel amarillentos	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo
<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno		Urinario	<input type="checkbox"/>	Estrés
<input type="checkbox"/>	Hemorragias nasales	<input type="checkbox"/>	Frecuencia	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Dolor sinusal	<input type="checkbox"/>	Urgencia	<input type="checkbox"/>	Pérdida de memoria

Firma del paciente:

POLÍTICA DE MEDICACIÓN CON NARCÓTICOS

Por favor, tenga en cuenta que el centro de ortopedia Stony Brook Orthopaedics es un centro de consulta y tratamiento. Nuestro trabajo consiste en diagnosticar y tratar problemas ortopédicos. No somos un centro de tratamiento del dolor. Nuestros médicos solo medicarán con narcóticos a pacientes posquirúrgicos o pacientes con cuadros agudos como las fracturas. A estos pacientes luego se les retirará la medicación con narcóticos gradualmente a lo largo de un período de semanas. Si usted necesita medicación con narcóticos en forma regular, le sugerimos que acuda a un centro de tratamiento del dolor o se los pida a su médico de cabecera.

Sírvase confirmar que ha leído esta declaración firmando debajo.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Número de historia clínica (solo para uso interno) _____