



**STONY BROOK
ORTHOPAEDIC
ASSOCIATES**

HOJA DE SEGUIMIENTO

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____

TELÉFONO (CASA) _____ (TRABAJO) _____ (CELULAR) _____

¿CONSULTA POR UNA NUEVA LESIÓN? SÍ NO Si responde sí, ¿cuándo y cómo ocurrió?

¿TRABAJA ACTUALMENTE? SÍ NO PERÍODO(S) DE DESEMPLEO _____ HASTA

¿SU SEGURO HA CAMBIADO DESDE SU ÚLTIMA VISITA? _____ SÍ _____ NO

SI RESPONDE SÍ, ¿CUÁL ES SU NUEVO SEGURO? _____

¿CUÁL ES SU PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA HOY? _____

¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD DESDE SU ÚLTIMA VISITA? (Si responde sí, especifique) _____

¿TIENE DOLOR? SÍ NO ESCALA DE INTENSIDAD Más bajo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 más alto

¿DÓNDE LE DUELE? _____

¿CUÁNTO HACE QUE SIENTE DOLOR? _____

¿HAY ALGO QUE LE AYUDE A CALMAR EL DOLOR? _____

¿TOMA MEDICAMENTOS O ANTIINFLAMATORIOS PARA EL DOLOR? _____ Si responde sí, ¿de qué tipo y por cuánto tiempo? _____

¿HA PARTICIPADO EN ALGUNA TERAPIA FÍSICA? _____ Si responde sí, ¿durante cuánto tiempo?

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE:

1) _____ 3) _____ 5) _____
2) _____ 4) _____ 6) _____

¿Ha participado en sesiones de educación del paciente o la familia? Sí No Tema: _____

FIRMA DEL PACIENTE FECHA

JEFFREY S. MUHLRAD, M.D.*****

HE REVISADO LA INFORMACIÓN QUE FIGURA MÁS ARRIBA Y LA HE ANALIZADO CON EL PACIENTE*****