

JAMES R. MC CLURG, M.D., APC
CUESTIONARIO DE PACIENTES PRIVADOS

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Derecho Izquierdo Ambidextro

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____

¿Quién le refirió a esta oficina? _____

Algún otro médico le ha informado la necesidad de tratamiento para esta condición? Sí No

Nombre del médico: _____

Medicamentos: ¿Qué medicamentos toma usted al presente? (incluya inhalante pastillas, suplementos, etc.) _____

¿Padece de alergias? Sí No Especifique: _____

Historial Médico: Favor de indicar en la casilla “sí” o “no” si padece alguna de las siguientes condiciones.

	Sí	No		Sí	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallo del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piedra de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique: _____

Enumere las cirugías que ha tenido incluyendo fechas: _____

¿Ha sido usted hospitalizado en los últimos 10 años? Sí No ¿Por qué razón? _____

Historial familiar: Favor de indicar en la casilla “sí” o “no” si alguno de sus familiares padece de las siguientes condiciones. En caso afirmativo indique la relación familiar con usted.

	Sí	No	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desorden de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas con anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Deformidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desórdenes psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Historial social:

¿Lugar de nacimiento? _____

¿Nivel educativo? _____

¿Ocupación actual? _____

¿Trabaja actualmente? **Sí** **No** Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado
 Ama de casa Estudiante Retirado Incapacitado Otro: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) otro: _____

Número de hijos: _____ Edades: _____

¿Fuma? Sí No ¿Cuánto? _____ ¿Desde cuando? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No ¿Cuánto? _____ ¿Cuán a menudo? _____

¿Practica deportes? Sí No Explique: _____

Repaso de sistemas:

1. Favor de indicar “Sí” o “No” en el encasillado si padece de alguno de los siguientes síntomas:

		Sí	No		Sí	No
GENERAL:	Fiebres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTO:	Zumbido de oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Catarros frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OJOS:	Dolor de ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comezón de ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PULMONES:	Silvido respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toser sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Corto de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toser frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIACO:	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levantarse sin aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inchazón de piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASTRO:	Acidéz estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad al tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vómito con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Piel amarilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excretas negras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIEL:	Ulceras de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel irritada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ampoyas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEURO:	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de balance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descoordinación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GU:	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gotereo urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tardarse al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Piedra en el riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina de noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ENDO:	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orinar excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cansancio o flojera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Friolento o sofocado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMA:	Sangrado profuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glándulas inflamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuáguulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSYQ:	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alto estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALLERGIAS:	Ataques de estornudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIAL ORTOPEDICO

¿Cuál es la razón médica de su visita el día de hoy?: _____

¿Tiene usted dolor? Sí No ¿En dónde? _____

¿Cuánto tiempo lleva con este problema? _____

Explique cómo comenzó el problema: _____

¿Ha ido a sala de emergencia por esta condición? Sí No

¿Dónde? _____

¿Cuándo? _____

¿Fue hospitalizado? _____

¿Se le hizo algún estudio? Sí No Rayos X MRI CT scan Radioisótopos

Electromiograma Artrograma Mielograma Otros: _____

Especifique: _____

¿De qué parte? _____

¿Qué se ha hecho al presente? Medicamentos Terapias Inyecciones Abrazaderas

Especifique: _____

¿Se le ha recomendado o se le ha practicado cirugía? Sí No

Cirugía sugerida o hecha: _____

Nombre del cirujano: _____

¿Dónde? _____

¿Cuándo? _____

¿Ha visto algún otro médico para esta condición? Sí No

Nombre(s) _____

¿Cómo esta condición afecta su funcionamiento? _____

¿Ha tenido usted problemas similares en el pasado? Sí No Explique: _____

¿Se le transmite el dolor a otras partes de su cuerpo? Sí No ¿Hacia dónde? _____

Describa su dolor (agudo, profundo, quemazón, agujas, puzada, etc.) _____

¿Qué porcentaje del tiempo siente dolor?

menos del 25% 25% 50% 75% 100%

¿En la escala del 1 a 10, siendo 1 el menor y 10 siendo el dolor más severo, donde usted diría que está su dolor en promedio, el menor y el peor?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El dolor aumenta con las siguientes actividades: (Marque todos los que apliquen)

- Toser Estornudar Sentado Parado Doblarse Agacharse Caminar
 Levantar Empujar Halar Alcanzar Arrodillarse Cuclillas Subir escaleras
 Pivotear Correr Brincar Deportes Torcerse Cuestas Terreno irregular
 Otros: _____

¿Qué le mejora o alivia su dolor?: (Marque todos los que apliquen)

- Descanso Medicinas Hielo Calor Terapia Cremas Estiramiento
 Abrazaderas Ortesis Masajes Acupuntura Estimulación eléctrica
 Otros: _____

¿Problemas de incontinencia urinaria o fecal? Sí No Especifique: _____

¿Si tiene problemas de la mano, le da hormigueo o adormecimiento en la noche? Sí No

Especifique: _____

¿Le despierta el dolor en la noche? Sí No Frecuencia: _____

¿Tiene usted alguno de los siguiente problemas?

¿Pérdida de movimiento? Sí No ¿Dónde? _____

¿Adormecimiento? Sí No ¿Dónde? _____

¿Hormigueo? Sí No ¿Dónde? _____

¿Tiene debilidad? Sí No ¿Dónde? _____

¿Coyunturas inchadas? Sí No ¿Dónde? _____

¿Rechinan las coyunturas? Sí No ¿Dónde? _____

¿Truenan las coyunturas? Sí No ¿Dónde? _____

¿Se trancan las coyunturas? Sí No ¿Dónde? _____

¿Falseo de coyunturas? Sí No ¿Dónde? _____

¿Deformidad? Sí No ¿Dónde? _____

¿Coyuntura inestable? Sí No ¿Dónde? _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Intérprete: _____ Fecha: _____

Persona autorizada: _____ Relación familiar: _____