

JAMES R. McCLURG, M.D.,APC

HISTORIAL MÉDICO – ORTOPEDIA

Por favor conteste todas las preguntas detalladamente. Esta información es necesaria para un reporte completo de su accidente / lastimadura. El proveer información incompleta puede atrasar la producción de este reporte y retrasar el tratamiento médico que usted pueda necesitar. **Información fraudulenta es castigada por ley.**

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Derecho Izquierdo Ambidextro

¿Quién le refirió a esta oficina? _____

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

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 cuál 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? _____

¿Ingiera bebidas alcohólicas? **Sí** **No** ¿Cantidad? _____ ¿Frecuencia? _____

¿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:	Silbido 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:	Acidez 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"/>	Ampollas	<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"/>	Coágulos 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"/>

DESCRIPCIÓN DE TRABAJO

1. Patrono al momento del accidente: _____
2. ¿Cuanto tiempo llevaba usted trabajando ahí al momento del accidente? _____

3. Labor: _____
4. Horas por día: _____ ¿Cuántos días por semana? _____
5. Describa su rutina de trabajo al momento del accidente: _____

6. Describa la actividad física del trabajo: _____
7. Calcule la cantidad de peso que levanta por día: _____
8. ¿Cuántas veces al día tiene que levantar esta cantidad? _____
9. Calcule la cantidad que levantaba con compañeros durante el día: _____
10. ¿Cuántas veces levantaba estas cantidades con compañeros: _____
11. ¿Qué levantaba usted rutinariamente, solo o con compañeros de trabajo? _____
12. ¿Tenía usted otro trabajo al mismo tiempo de este accidente? _____
13. ¿Por cuánto tiempo trabajó en ambos lugares al mismo tiempo? _____
14. ¿En qué otro lugar trabajaba? _____
15. ¿Cuáles eran sus labores? _____

TRABAJO

16. ¿Está usted trabajando al actualmente? Sí No ¿Cuándo regresó al trabajo? _____
17. ¿Trabaja con el mismo patrono? Sí No
18. ¿Está en trabajo regular o modificado? _____
19. ¿Cuáles son sus nuevas labores? _____
20. Nombre del patrono actual: _____

HISTORIAL DE ACCIDENTES PREVIOS

21. ¿Tenía usted alguna incapacidad en esta parte del cuerpo antes del accidente que usted reclama?
 Sí No Explique: _____
22. ¿Ha tenido usted algún accidente en esta area anteriormente? Sí No
Si es afirmativo, ¿cuándo? _____
23. ¿Ha estado involucrado usted en un accidente automovilístico? Sí No
Si es afirmativo, ¿cuándo? _____
24. ¿Perdió usted algun tiempo del trabajo? Sí No ¿Cuánto tiempo? _____
25. ¿Ha solicitado usted beneficios por incapacidad del seguro social? Sí No
26. ¿Recibe usted beneficios de el V.A.? Sí No ¿Desde cuándo? _____

27. ¿Recibe usted beneficios de retiro? Sí No ¿Desde cuándo? _____

28. ¿Recibe usted beneficios por incapacidad? Si No ¿Desde cuándo? _____

ACCIDENTES PREVIOS DE TRABAJO

29. ¿Ha usted sometido reclamación por accidentes del trabajo anteriormente? Sí No

Describa en detalle: _____

30. ¿Se le dió un por ciento de incapacidad? Sí No Por ciento: _____

31. ¿Recibió dinero por esa lastimadura? Sí No ¿Cuánto? _____

32. ¿Perdió usted algún tiempo de trabajo por incapacidad? _____

QUEJAS PREVIAS

33. ¿Ha tenido usted quejas similares en el pasado? Sí No Explique: _____

ACCIDENTES SUBSECUENTES

34. ¿Desde este accidente, ha tenido usted algún otro accidente? Sí No Describa: _____

35. ¿ Desde este accidente, ha estado usted involucrado en un accidente automovilístico? Sí No

Explique _____

HISTORIAL DEL ACCIDENTE

36. ¿Cuál era su ocupación al momento del accidente? _____

37. ¿Quién era su patrono al momento del accidente? _____

38. ¿Cuánto tiempo estuvo trabajando con este patrono antes del accidente? _____

39. ¿Cuál fue la fecha(s) del accidente(s)? _____ Hora _____ AM/PM

40. ¿Si no hay una fecha específica cuando comenzó a tener problemas? _____

41. ¿Como ocurrió el golpe/accidente/condición? (sea específico) _____

42. ¿En sus propias palabras describa qué ocurrió y que sintió? _____

43. ¿Qué parte(s) de su cuerpo fue(ron) afectada(s)? _____

44. ¿Hubo testigos del accidente? Sí No ¿Quién(es)? _____

45. ¿Terminó usted lo que estaba haciendo? Sí No

46. ¿Reportó el accidente? Sí No ¿A quién? _____

47. ¿Cuándo reportó el accidente? _____

48. ¿Llenó usted unas formas? Sí No No sé

49. ¿Cuándo vio a un médico por primera vez? _____

50. ¿Donde recibió tratamiento? _____

51. ¿Quién le refirió a esa clínica? Patrono Aseguransa Amigo Usted

52. ¿A quién vio? _____ Especialidad: _____

53. Describa con detalle el tratamiento recibido en su primer visita: _____

54. ¿Qué pruebas le ordenaron? (Marque 'X' si se ordenó)

- Rayos X CT Scans EMG MRI Mielograma Pruebas de sangre
 Bone Scan Artrograma

Otros: _____

55. ¿Se le informó de algo anormal? _____

56. ¿Qué tratamiento se le sugirió (Marque 'X' si se ordenó):

- Abrazaderas Muletas Inyecciones Medicamentos Terapia física
 Cirugía _____
 Hospitalización ¿Dónde?: _____
 Otros: _____

57. Se sintió usted: Mejor Igual Peor

58. ¿Se le informó de algo anormal? _____

Identifique cualquier otro doctor que usted haya visto por este accidente. Comience con el que vio despues del primer médico y termine con el más reciente.

1. Doctor: _____ Especialidad: _____

¿Cuándo lo vio? (Mes/Año): _____

¿Quién le refirió a este médico? Patrono Aseguransa Abogado Usted

¿Qué pruebas se le ordenaron? (Marque 'X' si se ordenó)

- Rayos X CT Scans EMG MRI Mielograma Pruebas de sangre
 Bone Scan Artrograma

Otros: _____

¿Qué tratamiento recibió o se le sugirió (Marque 'X' si se ordenó o recibio):

- Abrazaderas Muletas Inyecciones Medicamentos Terapia física
 Cirugía _____
 Hospitalización ¿Dónde?: _____
 Otros: _____

¿ Por cuánto tiempo estuvo tratándolo este médico? _____

Se sintió usted: Mejorado Igual Empeorado

2. Doctor: _____ Especialidad: _____

¿Cuándo lo vio? (Mes/Año): _____

¿Quién le refirió a este médico? Patrono Aseguranza Abogado Usted

¿Qué pruebas le ordenaron? (Marque 'X' si se ordenó)

Rayos X CT Scans EMG MRI Mielograma Pruebas de sangre

Bone Scan Artrograma

Otros: _____

¿Qué tratamiento recibio o se le sugirió (Marque 'X' si se ordenó o recibio):

Abrazaderas Muletas Inyecciones Medicamentos Terapia física

Cirugía _____

Hospitalización ¿Dónde?: _____

Otros: _____

¿ Por cuánto tiempo estuvo tratandolo este médico? _____

Se sintió usted: Mejorado Igual Empeorado

QUEJAS AL PRESENTE

59. ¿Tiene usted dolor? Sí No ¿Dónde? _____

60. ¿Por cuánto tiempo ha sentido estos síntomas? _____

61. ¿Cómo le afecta esta condición a su funcionamiento? _____

62. ¿Alguno de estos síntomas existían antes de este accidente o enfermedad? Sí No

Explique: _____

63. ¿Se le irradia el dolor a otras partes de su cuerpo? Sí No ¿Dónde? _____

64. ¿Cómo se siente? (Agudo, profundo, latidos, punzante, etc.) _____

65. ¿Con que frecuencia tiene dolor?:

menos de ¼ del día ¼ del día mitad del día ¾ del día todo el día

66. En una escala de 1 a 10, uno siendo un dolor leve y diez siendo el dolor más severo que pudiese experimentar en su vida, ¿Cómo cataloga su dolor?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

67. ¿Alguno de estos síntomas existían antes de este accidente o enfermedad? Sí No

Explique: _____

68. 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: _____

69. ¿Cómo se mejora o alivia su dolor?: (Marque todos los que apliquen)

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

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

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

Especifique: _____

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

73. ¿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? _____

74. Describa cualquier otro síntoma(s) que usted haya sentido desde el accidente: _____

75. ¿Cuánto puede levantar a este momento? _____

76. ¿Cuánto podía levantar antes del accidente? _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Intérprete: _____ **Fecha:** _____

Persona autorizada: _____ **Relación familiar:** _____

Historiador: _____ **Fecha:** _____