



**HISTORIA DE SALUD**

Introducido por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE OFICINA**

**HISTORIAL DE SALUD ORTOPÉDICA**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre (por favor, en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Tiene una directiva anticipada?  Sí  No (En caso afirmativo, traiga una copia a su cita.)

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de referencia: \_\_\_\_\_ PCP/Médico de familia: \_\_\_\_\_

Lista de proveedores especializados (cardiólogo, neumólogo, etc.): \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia y relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Motivo de la visita** \_\_\_\_\_ **Fecha de la lesión/Inicio de los síntomas:** \_\_\_\_\_  
(incluya el sitio): \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES:** Enumere todos los medicamentos, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos de hierbas.

Marque esta casilla si NO toma ningún medicamento.  Marque esta casilla si se adjunta una hoja médica separada

Marque esta casilla si tiene un CONTRATO DE DOLOR con Dr. \_\_\_\_\_

Medicamento	Dosis	Direcciones (sig)

**ALLERGIES:**  NINGUNA

Látex - ¿Reacción? \_\_\_\_\_  Cinta - ¿Reacción? \_\_\_\_\_  Yodo/Betadine - ¿Reacción? \_\_\_\_\_

Pájaros - ¿Reacción? \_\_\_\_\_  Plumas - ¿Reacción? \_\_\_\_\_  Huevos - ¿Reacción? \_\_\_\_\_

**ALERGIAS & REACCIONES A MEDICAMENTOS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA:** Marque todo lo que corresponda o marque  NINGUNO

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer (demencia)               | <input type="checkbox"/> COVID (¿Lo han diagnosticado en el pasado?)                        | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta)          |
| <input type="checkbox"/> Anemia                             | ¿Recibió la vacuna contra el COVID? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Hipertermia maligna                           |
| <input type="checkbox"/> Problemas anestésicos lista: _____ | <input type="checkbox"/> Depresión  | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio                          |
| <input type="checkbox"/> Artritis: _____                    | <input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo: _____   | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                                  |
| <input type="checkbox"/> Asma                               | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas  | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica                                |
| <input type="checkbox"/> La trombosis venosa profunda       | <input type="checkbox"/> Colesterol alto (lípidos elevados) _____                           | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo                          |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____                      | <input type="checkbox"/> Fibromialgia   | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> CPAP |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva  | <input type="checkbox"/> Fracturas (indicar parte del cuerpo y costado) _____               | <input type="checkbox"/> Carrera (CVA)                                 |
| <input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar)         | <input type="checkbox"/> La gota  | <input type="checkbox"/> Lupus sistémico                               |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedad hepática _____                                | <input type="checkbox"/> Enfermedad valvular                           |
|   |   | <input type="checkbox"/> Otro _____                                    |

## HISTORIAL DE SALUD ORTOPÉDICA

**HISTORIAL QUIRÚRGICO:** *marque todo lo que corresponda e indique el lado, el sitio y la fecha o marque*

**SIN historial quirúrgico**

**Tipo de Cirugía**

- Amputación (*¿de qué parte del cuerpo?*)
- Angioplastia
- Artroscopia (*¿de qué tipo?*)
- Cirugía de espalda (*¿de qué tipo?*)
- Cirugía de revascularización coronaria
- Marcapasos cardíaco
- Reemplazo de válvula cardíaca
- Liberación del túnel carpiano
- Desfibrilador
- Eliminación de la vesícula biliar
- Bypass gástrico
- Reemplazo de cadera
- Histerectomía
- Reemplazo de rodilla
- Mastectomía
- ORIF/Fracturas (*con cirugía*)
- Tiroidectomía
- Otras Cirugías

	Lado	Sitio	Fecha
	<input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/> derecha		
	<input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/> derecha		
	<input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/> derecha		
	<input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/> derecha		
	<input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/> derecha		

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** *Marque todo lo que corresponda o marque*  **NINGUNO** o  **ADOPTADO**

**PADRE**  Ninguno

- Artritis: \_\_\_\_\_
- Desorden sanguíneo
- Cáncer: \_\_\_\_\_
- Diabetes - Tipo: \_\_\_\_\_
- La gato
- Enfermedad del corazón
- Osteoporosis
- Otro

**MADRE**  Ninguno

- Artritis: \_\_\_\_\_
- Desorden sanguíneo
- Cáncer: \_\_\_\_\_
- Diabetes - Tipo: \_\_\_\_\_
- La gato
- Enfermedad del corazón
- Osteoporosis
- Otro

**HERMANO**  Ninguno

- Artritis: \_\_\_\_\_
- Desorden sanguíneo
- Cáncer: \_\_\_\_\_
- Diabetes - Tipo: \_\_\_\_\_
- La gato
- Enfermedad del corazón
- Osteoporosis
- Otro

**HERMANA**  Ninguno

- Artritis: \_\_\_\_\_
- Desorden sanguíneo
- Cáncer: \_\_\_\_\_
- Diabetes - Tipo: \_\_\_\_\_
- La gato
- Enfermedad del corazón
- Osteoporosis
- Otro

**HISTORIA SOCIAL:**

**Consumo de tabaco:**  No    Exfumador

Masticable    Cigarrillos    Puro    ePipe   Tipo: \_\_\_\_\_   Cantidad/Día: \_\_\_\_\_   Años/Uso: \_\_\_\_\_

**Alcohol:**  Sí    No

Tipo: \_\_\_\_\_   Cantidad y frecuencia: \_\_\_\_\_

**Cafeína:**  Sí    No

Tipo: \_\_\_\_\_   Cantidad y frecuencia: \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**  Soltero    Casado    Divorciado    Viudo

**Dominio de la mano:**  Diestro    Zurdo    Ambidiestro

**Nivel de actividad:**  Sedentario    Moderado    Vigoroso

**Si tiene 65 años o más, ¿se ha caído en los últimos 12 meses?**  Sí    No

En caso afirmativo, número de caídas: \_\_\_\_\_   ¿La(s) caída(s) resultó(aron) en una lesión?  Sí    No

(En caso afirmativo, tipos: \_\_\_\_\_)

**Frecuencia del ejercicio:**  Nunca    Ocasional    2-3 veces/semana    3-4 veces/semana    Diariamente

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_