

# Historial del Paciente

Favor escribir grande

Favor escribir claro

Apellido

Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año)

Nombre

Seguro Social #

Telefono de la Casa

Celular #

Hombre / Mujer Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: C S D V

Direccion \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_

Ocupacion (Antes de el Accidente)

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Doctor que lo refirio: \_\_\_\_\_

Telefono# \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Fax# \_\_\_\_\_

Tipo de Accidente: Trabajo Accidente de Carro Herida Personal Desconocida

Abogado: \_\_\_\_\_

Indique como sucedio-Breve

Telefono# \_\_\_\_\_

Fecha de Accidente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Herida Previa? Si / No: \_\_\_\_\_

Queja Principal (Describe brevemente la razon de su visita): \_\_\_\_\_

Punto de el Problema

Espalda Baja Pierna Cuello Brazo Otro: \_\_\_\_\_

Circule algun Tratamiento Previo

Compresiones Calientes Hielo  
Ejercicio Masages Quiropractico  
Acupuntura Faja Terapia Fisica  
Tratamiento de Electroshocks  
Psicologo Inyecciones Sirujia

En una escala del 1 a 10, 10 siendo el dolor mas alto, favor describa el numero de su dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El dolor es: Constante Viene y Va Suave y luego Fuerte Pulsadas Fuertes

Algun otro sintoma al mismo tiempo del dolor?  
Nauseas Dolor de Cabeza Brotes Alergicos

Cuando noto su problema por PRIMERA vez?

El problema interfiere con sus funciones cotidianas ? SI/ NO, Con que: \_\_\_\_\_

Desde el accidente Hace 2 dias Hace 2 Semana Hace 2 meses Años

Hay algo que empeore su dolor?

Con movimiento Parado/a Acostado/a de lados Caminando Durmiendo

## Historial medico pasado, Familiar & Social

Indique alguna enfermedad pasada y/o cirujia y cuando ocurrio:

Alergia a algun medicamento: \_\_\_\_\_ Otro tipo de alergia: \_\_\_\_\_

Alguna enfermedad seria en su familia: \_\_\_\_\_

Lleva una dieta especial? Si No Toma alcohol? Si No Fuma? Si No Hace ejercicio? Si No

ANTI INFLAMATORIOS: Aspirina, Motrin, Diclofenaco, advil, ibuprofeno, naproxeno

DILUJENTES DE SANGRE: plavix, warfarin, coumadin

CALMANTES PARA DORMIR: ambient, restoril, Benadryl, halcyon

MEDICINA NEUROPATICA PARA DOLOR: neurontin, tegretol, dilantin, baclofen, ultram, Lyrica, prazocin

ANTIDEPRESIVOS: elavil, amitryptiline, prozac, effexor, Zoloft, deseryl, paxil, parmetor

NARCOTICOS: vicodin, darvocet, Tylenol 3, codeine, Percocet, percodan, MS contin, oxycontin, Demerol, morphine, methadone, dilaudid

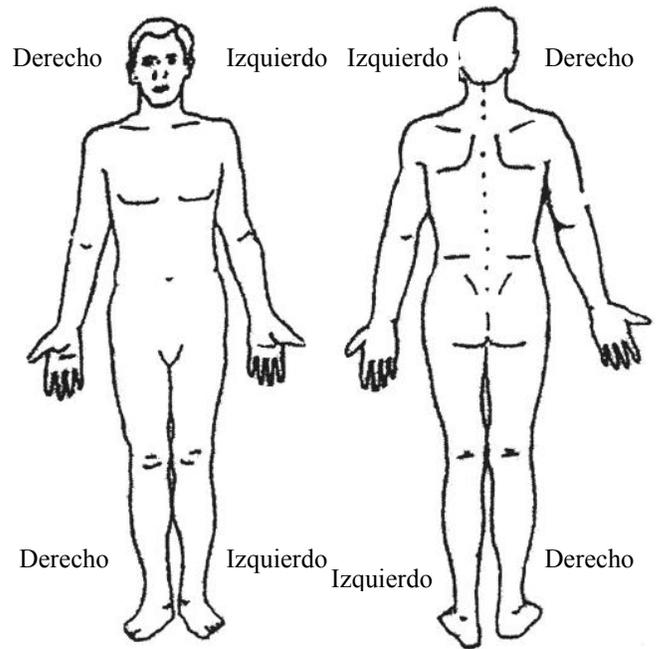
RELAJANTES MUSCULARES: flexaril, valium, xanax, ativan, skelaxin OTRO TIPO: \_\_\_\_\_



## Revision de los Sintomas

<b>Sintomas Constitucionales</b>		
Fiebre	S	N
Escalofrio	S	N
Dolor de Cabeza	S	N
<b>Ojos</b>		
Vision Borrosa	S	N
Vision Doble	S	N
Dolor	S	N
<b>Alergico/Inmunologico</b>		
Fibres Alta	S	N
Alergias a Medicina	S	N
Si? Cuales _____		
<b>Neurologicos</b>		
Temblores	S	N
Mareos	S	N
Adormecimiento/ Calambres	S	N
<b>Glandulas</b>		
Mucha Sed	S	N
Mucho Frio/Calor	S	N
Cansancio/Fatiga	S	N
<b>Gastrointestinal</b>		
Dolor Abdominal	S	N
Nausea/Vomito	S	N
Indigestion/Acides	S	N
<b>Cardiovascular</b>		
Dolor en el Pecho	S	N
Venas Varicosas	S	N
Presion Alta	S	N
<b>Integumentarios</b>		
Alergias en la piel	S	N
Nacidos	S	N
Brotos Percistentes	S	N
<b>Musculoskeletalico</b>		
Dolor de Coyunturas	S	N
Dolor de Cuello	S	N
Dolor de Espalda	S	N
<b>Oidos/Nariz/Garganta/Boca</b>		
Infeccion de Oido	S	N
Dolor de Garganta	S	N
Sinosis	S	N
<b>Urogenital</b>		
Retencion de Orina	S	N
Dolor al Orinar	S	N
Frecuencia Urinaria	S	N
<b>Respiratorios</b>		
Chillido del Pecho	S	N
Toz Constante	S	N
Falta de aire	S	N
<b>Hematologico/Linfatico</b>		
Glandulas Inflamadas	S	N
Cuajulos de Sangre	S	N
<b>Psychologicos</b>		
Por lo general estas Satisfecho con tu vida?	S	N
Te sientes Deprimido?	S	N
Has coniderado el suicidio?	S	N

En los dibujos indique en que areas tiene usted dolor:



### Informacion de privacidad al paciente (HIPPA)

Al Firmar en la parte de abajo doy conciencia de haber recibido la informacion de privacidad, y entiendo que la practica utilizara y revelara mi historial de salud para el proposito de mi tratamiento, obteniendo pagos por los servicios prestados a mi, y conduciendo asistencia medica para la salud.

Eh sido avisado/a de mis derechos a obtener acceso y a controlar my informacion de salud protegida. Tambien entiendo que a el proheberme tratamiento, remitir cobros y conducir asistencia medica para la salud, Sebastian Lattuga, M.D.,F.A.A.O.S. puede necesitar revelar mi historial de salud a miembros de mi familia o ciertos amigos cercanos.

En caso de no estar disponible, yo permito a Sebastian Lattuga, M.D.,F.A.A.O.S. a revelar mi historial medico para el proposito de otras citas/examenes/metodo de recordatorio a un procedimiento y citas de rutina a las siguientes personas:

Nombre _____	Relacion a mi _____
_____	_____
_____	_____

Firma: \_\_\_\_\_

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

**Corazon -** Tiene o ha tenido lo siguiente:

Sufre de hipertensión arterial? Si / No  
Fibrilación auricular o ritmo cardíaco irregular? Si / No  
Presión arterial alta o prolapso de la Válvula Mitral? Si / No  
Infarto de miocardio, cardiopatía, angina o dolor de pecho? Si / No  
Colesterol alto? Si / No  
Una cateterización de corazón? Si / No  
Prueba de esfuerzo cardíaco? Si / No  
Dolor de pecho o dificultad para respirar al subir escaleras Si / No  
Toma antibióticos antes de un procedimiento quirúrgico o dental? Si / No  
Nombre del doctor tratante y su número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Salud conductual:** Tiene o ha tenido lo siguiente:

Ha sufrido ansiedad, depresión o algún trastorno psiquiátrico? Si / No  
Nombre del doctor tratante y su número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Enfermedad Comunicable:** Tiene o ha tenido lo siguiente:

Herpes: si / no SIDA: si / no  
VIH: si / no Si es así, el resultado del CD4 y la fecha: \_\_\_\_\_  
Hepatitis: si / no Si es así, marque el tipo - A, B, o C  
Contacto durante el último mes con alguien que pudiera padecer una enfermedad comunicable? Si / No  
Ha viajado fuera de los Estados Unidos durante el último mes? Si es así, adonde? \_\_\_\_\_

**Respiración:** - Tiene o ha tenido lo siguiente:

Dificultad para respirar al hacer esfuerzos o tobillos inflamados? Si / No  
Tuberculosis (TB)? Si / No  
Ha fumado más de una cajetilla al día durante 20 años o 2 cajetillas durante 10 años? Si / No  
Ha fumado durante el último año? Si / No  
Oxígeno en casa para ayudarlo a respirar? Si / No  
Enfermedades grave, asma o bronquitis aguda que limite sus actividades? Si / No  
Se le diagnosticó o sospechó tener Apnea Obstructiva del Sueño (OSA)? Si / No  
Utiliza una máquina BiPAP o CPAP en su casa? Si / No  
Embolismo o coágulo que se alojara en sus pulmones? Si / No

**Trastornos sanguíneos -** Tiene o ha tenido lo siguiente:

Anemia o hemograma bajo? Si / No  
Úlceras sangrantes o hemorragia rectal? Si / No  
Drepanocitosis o rasgo? Si / No  
Coágulos sanguíneos en las piernas (flebitis) o trombosis venosa? Si / No  
Utiliza warfarina (Coumadin) como diluyente sanguíneo? Si / No  
Tiene hematomas con facilidad y / o tiene un problema de sangrado / trastorno? Si / No  
Nombre del doctor tratante y su número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Trastornos endocrinos/renales -** Tiene o ha tenido lo siguiente:

Diabetes? Si / No  
Cuál fue su última Hemoglobina A1C? \_\_\_\_\_ la fecha? \_\_\_\_\_  
Enfermedad de las suprarrenales o enfermedad/tumor de tiroides? Si / No  
Enfermedad o insuficiencia renal, o está recibiendo diálisis? Si / No  
Hepatitis aguda, ictericia, cirrosis o insuficiencia hepática? Si / No  
Utiliza diuréticos, digoxin (lanoxin) o esteroides (prednisone)? Si / No  
Nombre del doctor tratante y su número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Gastrointestinal** - Tiene o ha tenido lo siguiente:

Dolor abdominal agudo? Si / No  
Falta de apetito o pérdida involuntaria de peso durante el último año? Si / No  
Reflujo ácido? Si / No  
Nombre del doctor tratante y su número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Obstetrico:**

Esta embarazado o podría estarlo? Si / No último ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

**Cancer** - Tiene o ha tenido lo siguiente:

Cancer y/o quimioterapia? Si / No  
Ha recibido radioterapia? Si / No  
Diseción axilar de los ganglios linfáticos? Si / No en qué costado? \_\_\_\_\_