

Baylor Scott & White Orthopedic Trauma Associates – Nuevo historial de salud del paciente

Complete todo el formulario; la información no se transfiere desde Baylor Healthcare System

Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de hoy:
Fecha de nacimiento:	Motivo de la visita:	Fecha de inicio:
Lesiones laborales? Sí No	Tratamiento: Quirúrgico / No quirúrgico	
Médico de Atención Primaria/Médico de Referencia:	PCP/Teléfono del médico de referencia#:	Dirección del MÉDICO de cabecera/referente:
Farmacia:	Teléfono de farmacia:	Dirección de farmacia:

Peso	Lbs	
Altura	Ft.	In.

Alergias

¿A qué es alérgico? Ejemplo: medicamentos, yodo, látex	¿Qué te pasa? Ejemplo: Erupción, mareo, náuseas

Medicamentos (Por favor, enumere cualquier medicamento, receta, sin receta y vitaminas)

Nombre de la Medicina	¿Cuánto tomas? <i>EJEMPLO:</i> 500 mg 2 gotas 25 mcg 1 comprimido 60 mg	¿Cómo lo tomas? <i>EJEMPLO:</i> Por vía oral	¿Con qué frecuencia lo tomas? <i>EJEMPLO:</i> 1 vez al día	¿Por qué lo tomas? <i>EJEMPLO:</i> presión arterial

Historia Médica

Alcoholismo	Sí No	Fracturas	Sí No	Enfermedad renal	Sí No
Complicaciones anestésicas	Sí No	Gusto	Sí No	Enfermedad hepática	Sí No
Enfermedad autoinmune	Sí No	enfermedad cardíaca	Sí No	Enfermedad pulmonar	Sí No
Cáncer	Sí No	Hepatitis C	Sí No	Osteoarthritis	Sí No
Parálisis cerebral	Sí No	HIV/AIDS	Sí No	Artritis reumatoide	Sí No
Trastorno de coagulación	Sí No	Colesterol alto	Sí No	Fumar	Sí No
DVT (Clot de sangre)	Sí No	Presión arterial alta	Sí No	Golpe	Sí No
Diabetes Mellitus	Sí No	Enfermedad infecciosa	Sí No	Enfermedad tiroidea	Sí No
En caso afirmativo, sírvase explicar:					

Historia Quirúrgica

Cirugía de tobillo	Sí	No	Cirugía de pie	Sí	No	Cirugía de la columna lumbar	Sí	No
Cirugía de espalda	Sí	No	Cirugía de manos	Sí	No	Cirugía de hombro	Sí	No
Cirugía bariátrica	Sí	No	Cirugía cardíaca	Sí	No	Fusión espinal	Sí	No
Liberación del túnel carpiano	Sí	No	Artroscopia de rodilla	Sí	No	Cirugía de la columna vertebral	Sí	No
Cirugía de la columna cervical	Sí	No	Cirugía de rodilla	Sí	No	Cirugía de muñeca	Sí	No
Cirugía de codo	Sí	No						
Otra historia quirúrgica								

Historia Familiar

	Problemas de anestesia	Artritis	Enfermedad autoinmune	Cáncer	Trastorno de coagulación	Trombosis venosa profunda	Diabetes Mellitus	Gusto	Enfermedad cardíaca	Hepatitis	HIV	Colesterol alto	Presión arterial alta	Enfermedad renal	Enfermedad hepática	Enfermedad pulmonar	Osteoporosis	Cáncer de ovario	Golpe	Enfermedad tiroidea	
Madre																					
Padre																					
Otro																					
Detalles																					

Historia Social – Por favor, circule según corresponda

Consumo de alcohol Usuario actual/antiguo?	Sí No	<i>En caso afirmativo:</i> N.o de Bebidas/Semana	<i>¿Con qué frecuencia?</i> Nunca Mensual 2-3/ semanal 4 o más a la semana
Consumo de drogas Usuario actual/antiguo?	Sí No	<i>N.o de usos/semana</i>	<i>¿Qué tipo de drogas se usaron?</i>
Consumo de tabaco Usuario actual/antiguo?	Sí No	<i>¿Uso diario?</i> Sí No	<i>Tipo:</i> Cigarrillos E-cigs Cigars Tabaco Masticar Smokeless <i>¿Cuántos años de uso?</i>
Situación laboral	Empleado Retirado Deshabilitado	Otro:	
Estado civil	Casado soltero Viuda Divorciado/Separado	Si usted tiene hijos,:	

Review of Systems

<input type="checkbox"/> Aumento/Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sudor nocturno	<input type="checkbox"/> Fiebre
<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Puntos ciegos	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos
<input type="checkbox"/> vértigo/Mareos	<input type="checkbox"/> Falta de aliento: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> En reposo <input type="checkbox"/> Con la actividad 	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Incontinencia (pérdida del control de las evacuaciones intestinales) <input type="checkbox"/> Incontinencia (pérdida del control de la orina) <input type="checkbox"/> Problemas sexuales
<input type="checkbox"/> Úlceras por presión en la cama	<input type="checkbox"/> Sarpullido	<input type="checkbox"/> Fácil formación de moretones
<input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor/frío	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Caídas	<input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Problemas cognitivos <input type="checkbox"/> Espasmos musculares	<input type="checkbox"/> Falta de concentración <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar <input type="checkbox"/> Problemas de la conducta
<input type="checkbox"/> Estrés en la vida personal	<input type="checkbox"/> ¿Es posible que esté embarazada?	

Describe en detalle las casillas marcadas arriba:
