

UCI Medical Center
ORTHOPEDIC PATIENT HISTORY

NOMBRE:	FECHA:	EDAD:
QUEJA PRINCIPAL: ¿Cuál es el problema ortopédico o causa de su visita?		
HISTORIA DE LESION PRESENTE: ¿Como le sucedió?		
¿RELACION CON TRABAJO? Sí o No		
¿POR CUANTO TIEMPO LO HA TENIDO?		
¿HA EMPEORADO RECIENTEMENTE?		
¿QUE LE HACE SENTIRSE MEJOR?		
¿QUE LE HACE SENTIRSE PEOR?		
¿ALGUNOS TRATAMIENTOS EN EL PASADO?		
HISTORIAL O ENFERMEDADES CLINICOS DEL PASADO: ¿Cualquier problema clinico serio? (como diabetes, artritis rheumatoide, alta presión sanguínea, ataque de corazón, infecciones?		
CIRUGIAS: ¿Cirugías pasadas? ¿Cúando, y qué clase de Cirugías?		
MEDICAMENTOS: Lista de todos los medicamentos que toma como rutina. Nombre del medicamento y la dosis. ¿Cuántas veces al día?		
ALERGIAS: ¿Tiene usted alérgia a algún medicamento, comidas, soluciones preparados o materiales?		
HISTORIA FAMILIAR: Algún problema clínico en la familia. ¿Madre? o ¿Padre?		
HISTORIAL SOCIABLE: ¿Qué clase de trabajo hace usted?		
¿PARTICIPA USTED EN CUALQUIER ACTIVIDAD DE ENTRETENIMIENTO? O CUALQUIER OTRO INTERES?		
¿FUMA TABACO? Si es así, cuánto?		
¿TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS? Si es así cuánto?		
¿CUALQUIER OTRA INFORMACION?		

REVISION DE SISTEMAS

CONSTITUCIONAL: ¿Pérdida de peso? _____ ¿Aumento de Peso ? _____ ¿Fatiga? _____

PIEL: ¿Sarpullido? _____ ¿Llagas? _____

OJOS: ¿Diferencia visual? _____ ¿Irritación de los ojos? _____

OIDOS, NARIZ, GARGANTA: ¿Garganta Adolorida? _____ ¿Dificultad para Tragar _____ ¿Dolor en los oídos? _____

GASTROINTESTINAL: ¿Dolor Abdominal? _____ ¿Náusea? _____ ¿Vómito? _____ ¿Ictericia? _____

GENTOURINARIO: ¿Urinación Dolorosa? _____ ¿Sangre en la Orina? _____ ¿Urinación por la Noche? _____

RESPIRATORIO: ¿Tos Crónica? _____ ¿Corto de Respiración? _____

CARDIOVASCULAR: ¿Dolor en el Pecho? _____ ¿Palpitaciones? _____

MUSCULOESQUELETAL: ¿Dolor en las Articulaciones? _____ ¿Articulaciones Hinchadas? _____ ¿Dolores Musculares? _____

NEUROLOGICO: ¿Entumecimiento? _____ ¿Debilidad? _____

HEMATOLOGICO: ¿Anemia? _____ ¿Tendencias de Sangrado? _____

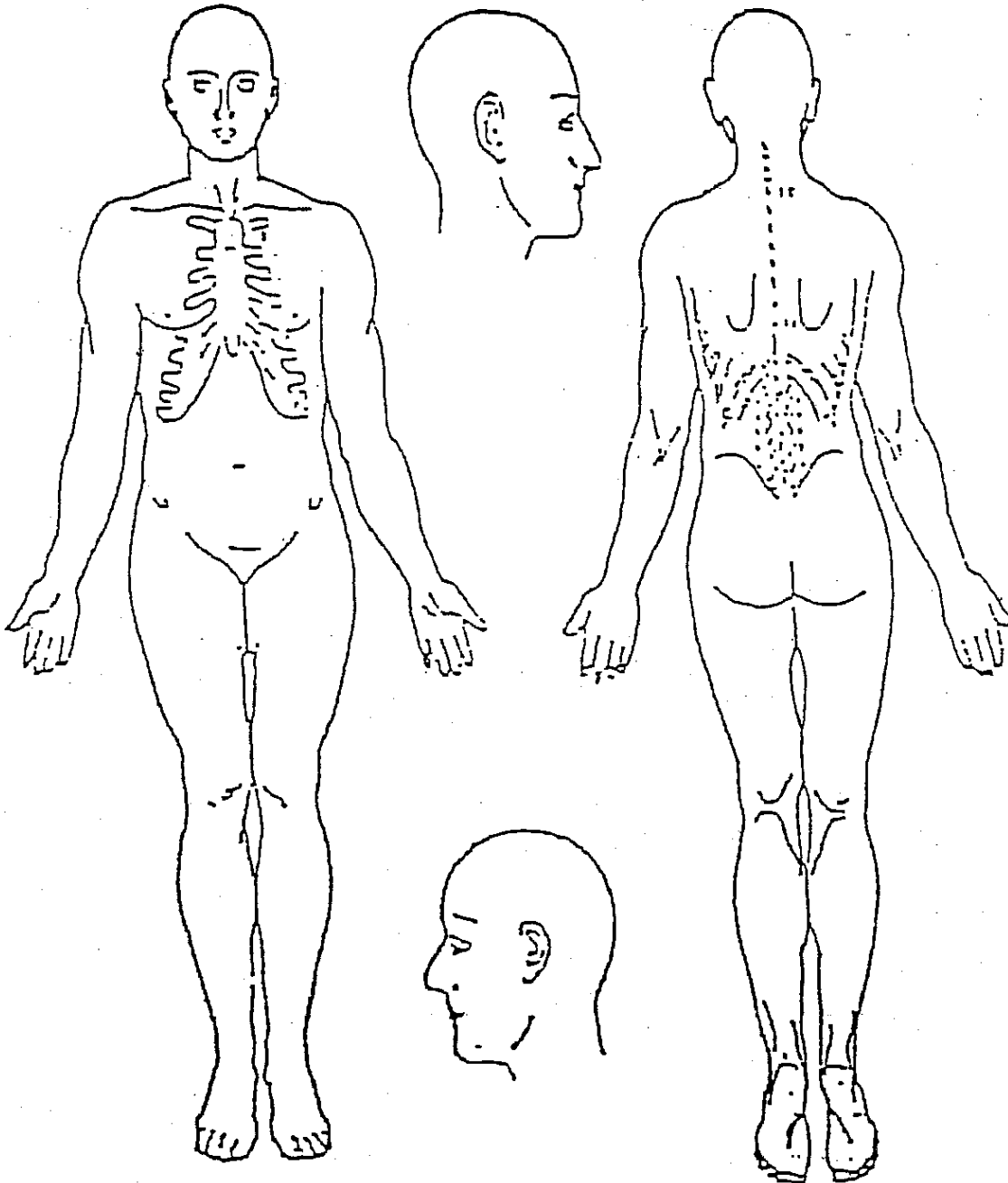
REVISADO CON EL PACIENTE

FECHA:

PAIN DIAGRAM

Please mark your areas of discomfort, using the symbols listed below. Include areas where your discomfort travels.

NUMBNESS === PINS & NEEDLES X X X STABBING /// ACHING PAIN (((



DATE: _____ SIGNATURE: _____