



Cuestionario Comprensivo del Historial Médico

Nombre: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Queja Principal: (descripción breve de su actual problema ortopédico) Por favor Marque: Izquierda, Derecho o Ambos

Historial de la Enfermedad Actual: (responda estas preguntas sólo concernientes al problema (s))
(puede indicar en el dibujo abajo)

¿Cuáles síntomas está sintiendo? _____

¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema? _____

¿Ha tenido dolores parecidos en el pasado?
 sí no Si sí, ¿cuándo? _____

¿Cómo pasó? _____

¿Herida? sí no Si sí, de la fecha: _____
¿Dónde ocurrió? _____

¿Relacionado al trabajo? sí no Si sí, de la fecha de la lesión _____

¿Cuántos días de trabajo ha perdido? _____

¿Está trabajando ahora? sí no

¿Ha tenido lesiones anteriores en el trabajo? sí no Si sí, ¿cuándo? _____

¿Qué tan severo es esto para usted? (ponga una "X" en la línea)

No dolor (0)------(10) Peor dolor de su vida

¿Qué lo hace peor? (por ejemplo: estar sentado o parado, caminar, ejercicio, toser/estornudar)

¿Que lo hace mejor? (por ejemplo: estar acostado, sentado o parado, caminar, ejercicio, pastillas para el dolor) _____

¿Recibió tratamiento anterior para este problema? (por ejemplo: emergencias, terapia física, quiropráctico u otros tratamientos alternativos) _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes estudios diagnósticos para el problema actual?

Radiografías diagnósticas	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Fecha: _____
CT (tomografía computarizada)	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Fecha: _____
MRI (imagen de resonancia magnética)	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Fecha: _____
Myelograma	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Fecha: _____
Epidural Steroid / Facet Block injection	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Fecha: _____
EMG (electromyogram) / NCV (nerve conduction velocity)	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Fecha: _____

Revisión de Sistemas: (por favor indique sí o no)

Constitucional

- fiebre S N
cambio de peso S N

Ojos

- Cambio de la visión S N

Oídos, Nariz, Boca

- Cambio de audición S N
Sinusitis S N
Problemas dentales S N

Cardiovascular

- Dolor en el pecho S N
hipertensión S N
respiración corta S N

Respiratorio

- tuberculosis S N
pulmonía S N
asma S N

Endocrino

- diabetes S N
Si sí – Usa insulina? S N
Problema con tiroides S N

Gastrointestinal

- nausea/vómito S N
sangre en el excremento S N

Genitourinario

- infecciones de orina S N
incontinencia S N

Piel

- infecciones S N
lesiones/úlceras S N

Neurológico

- convulsiones S N
parálisis S N

Siquiátrica

- depresión S N

Hematológico

- coágulos de sangre S N
sangrado S N

Historial Médico Pasado: (por favor escriba las condiciones médicas). Esto no incluye cirugías.

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____

Historial Médico Quirúrgico: (por favor escriba cirugías anteriores, especialmente de este problema) ÚLTIMOS 10 AÑOS

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Alergias: (por favor escriba sólo las alergias a medicinas) _____

Medicamentos: (por favor escriba el nombre, dosis y frecuencia)

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____
7. _____ 8. _____

Historial Médico Familiar: (escriba enfermedades médicas que afectan a su familia más cercana)

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Historial Social: (por favor marque todos los que aplican)

- soltero casado viudo divorciado/separado
 Uso de tabaco (paquetes por día): _____
 Uso de alcohol (bebidas por semana): _____

Este documento fue revisado en la fecha escrita por _____ MD.