

Historial de salud del paciente

Por favor, usa solo tinta azul o negra

Paciente: _____ Fecha de nacimiento.: _____ Fecha: _____

Sexo: M F Altura: _____ Peso: _____ Lateralidad: R L

Médico de atención primaria: _____ Médico remitente: _____

¿Qué problema te trajo a nuestra oficina hoy?

¿Cuánto tiempo llevas con este problema? (Especifica la fecha de la lesión) _____

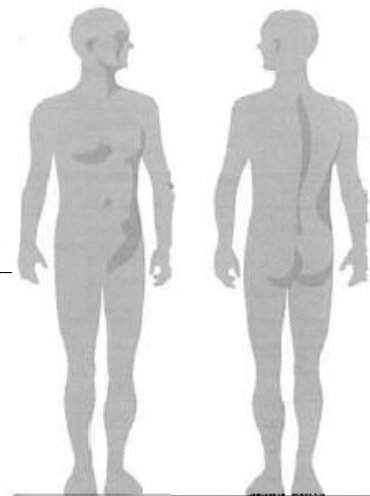
¿Con qué frecuencia ocurre? _____

¿Tu problema está relacionado con el trabajo o con un accidente de coche? Si es así, ¿cuándo? _____

¿Puedes describir tus síntomas? (dolores, agudos, punzantes, etc.)

¿Qué empeora sus síntomas?

¿Qué hace que sus síntomas mejoren?



Rodea la zona de arriba que duele
Zonas de sombra con
entumecimiento o hormigueo

Circule el número que mejor describa tu nivel actual de dolor.

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 peor dolor

¿Qué tratamientos ha intentado ya?

	Eficaz	Algo	No Efectivo	Peor	Fecha
Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calor / Hielo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inyección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Estudios diagnósticos: ¿Qué pruebas se han realizado? (Enumere las fechas)

Resonancia magnética _____ tomografía computarizada _____ radiografías _____ EMG _____

Solo para uso de la oficina: Peso: _____ Altura: _____ Presión arterial: _____

Historial médico pasado: Por favor, marque cualquier problema médico que tenga o haya tenido en el pasado.

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> TB |
| <input type="checkbox"/> Ictus/AIT | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Reumatoide | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Aneurisma | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | |
| <input type="checkbox"/> Actualmente embarazada | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Reacción a anestesia | |

Otra enfermedad psiquiátrica (tipo): _____

Cáncer (tipo): _____

Otras enfermedades médicas (describir): _____

Razones por las que no puede hacerse una resonancia magnética: _____

Alergias a medicamentos: Enumera cualquier alergia a medicamentos que haya experimentado. ☐ Sin alergias

Nombre	Reacción	Nombre	Reacción
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Alguna alergia conocida al yodo/Betadine/Colorante intravenoso: ☐ Sí ☐ No

Medicamentos: Haga una lista de los medicamentos y la dosis que toma.

Nombre	Dosificación	¿Con qué frecuencia	Nombre	Dosificación	¿Con qué frecuencia
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Antecedentes familiares: Por favor, marque cualquier problema médico que exista en su familia.

	Diabetes	Hipertensión	Enfermedad cardíaca	Golpe	Enfermedad mental	Cáncer	Trastorno hemorrágico	Enfisema/EPOC
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hija(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo paterno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuela paterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuela materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia social:

¿Cuál es tu estado civil actual? ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo

¿Cuál es su ocupación actual? _____

¿Cuál es su situación laboral actual? ☐ A tiempo completo ☐ A tiempo parcial ☐ Servicio limitado ☐ Incapaz de trabajar ☐ Sin empleo

La última fecha en la que trabajé fue: _____ he estado de baja por discapacidad desde: _____

¿Fuma tabaco? ☐ Sí ☐ No, ¿cuántos paquetes al día? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Consume alcohol? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Alguna vez ha tenido problemas con el alcohol en el pasado? ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo? _____

¿Alguna vez ha consumido drogas ilegales? ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo? _____

¿Alguna vez ha tenido un problema de adicción a los analgésicos narcóticos? ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo? _____

Historial quirúrgico pasado: Por favor, indique cualquier cirugía que haya tenido en el pasado con la fecha aproximada.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Tu farmacia: _____

Revisión de los síntomas de los últimos seis meses: Comprueba (✓) los signos/síntomas que estás experimentando.

Constitucional:	Cardiovascular/respiratorio:	Urinario:	Musculoesquelético	Alergia:
<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho (angina)	<input type="checkbox"/> Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/> Calambres en las piernas	<input type="checkbox"/> Estacional
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Hinchazón	<input type="checkbox"/> Cinta
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Articulaciones doloridas	<input type="checkbox"/> Metal
<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	Neurológico:	<input type="checkbox"/> Pérdida de músculo	Cabeza/orejas/nariz/garganta:
<input type="checkbox"/> Disfunción sexual	Ojos:	<input type="checkbox"/> Incautación	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Jaqueca
Gastrointestinal:	<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria	Piel:	<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Drenaje nasal
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Pérdida de visión	Psiquiátrico:	<input type="checkbox"/> Sarpullido	
<input type="checkbox"/> Estreñimiento		<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Úlcera	
<input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal		<input type="checkbox"/> Manía		
<input type="checkbox"/> Sangre en las heces		<input type="checkbox"/> Otro		

¿Qué médico(s) están tratando estas condiciones? _____

Escala PEG Evaluación de la intensidad e interferencia del dolor
(Dolor, Disfrute, Actividad General)

Circule el número que mejor describa tu dolor promedio en la última semana.

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 peor dolor

Circule el número que mejor describa cómo el dolor ha interferido con tu disfrute de la vida en la última semana.

No interfiere 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfiere completamente

Circule el número que mejor describa cómo el dolor ha interferido con tu actividad general en la última semana.

No interfiere 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfiere completamente

Puntuación PEG: _____

Por la presente certifico que la información anterior es correcta según mi mejor conocimiento. No haré responsable a mi(s) médico(s) ni a ninguno de su personal por ningún error u omisión que haya cometido al completar este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____