



Ortopédico Nuevo Paciente Cuestionario

Nombre: _____
Fecha de Accidente: _____
AZ Spine Care# _____

Fecha: _____
Altura ___ pies ___ pulgadas Peso _____
Fecha De Nacimiento: _____

1. ¿Cual es tu principal queja? _____

2. ¿Como y cuando hizo tu lesión comenzar? _____

3. ¿Tenias cualesquiera otras lesiones o problema relacionado? _____

4. Medicamentos:	Dosificaciones:	Frecuencia:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Farmacia: _____ **Locación:** _____

5. Alérgico a algún Medicaciones: Marque: Si _____ No _____

Medicaciones _____	Reacción _____
Medicaciones _____	Reacción _____
Medicaciones _____	Reacción _____

Ultimo Historial Medico? _____ Ninguno

6. Marca por favor los problemas médicos de siguiente uses de los que has tenido:

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| ___ 1. Ulceras | ___ 8. Problema Próstata | ___ 14. Sufrir un ataque |
| ___ 2. Ulcerativa colitis | ___ 9. Hepatitis | ___ 15. Alta Presión |
| ___ 3. Soriasis | ___ 10. Diabetes | ___ 16. Otro |
| ___ 4. Tuberculosis | ___ 11. Asma | ___ 17. Artritis (no relacionadas columnas) |
| ___ 5. Apoplejía | ___ 12. Riñón/Infección vejiga | ___ 18. Calculo renal |
| ___ 6. Cáncer | ___ 13. Depresión | ___ 19. VIH positive |
| ___ 7. Enfermedades del Corazón/Ataques del Corazón | | |

7. Enumera todas las hospitalizaciones anteriores que no estaban para la cirugía

8. Ultima historia quirúrgica: _____ Ninguno

Fecha de cirugía	Tipo de cirugía	Describir recuperación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historial familiar

9. Por favor **marque** Si algún miembro de su familia tiene alguna de las siguientes condiciones:

_____ Cáncer	_____ Diabetes	_____ Enfermedad cardiaca	_____ Embolia
_____ Artritis	_____ Dolor de espalda	_____ Tendencia a sangrado	_____ dificultades de anestesia
_____ Hipertermia maligna			

Su vida Social

10. ¿Fuma cigarrillos **actualmente**?

(Marque sólo una respuesta)

- _____ 1. Nunca he fumado
- _____ 2. Sí: _____ cajetillas al día
- _____ 3. No, deje de fumar en los últimos 6 meses
- _____ 4. No, deje de fumar hace más de 6 meses

11. ¿Utiliza bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor)?

(Marque sólo una respuesta)

- _____ 1. No Si ha respondido Sí, el tipo de bebida alcohólica: _____
- _____ 2. Sí, de vez en cuando Cantidad _____
- _____ 3. Sí, seguido

12. A usado de drogas?

- _____ 1. No Si ha respondido Sí, que tipo de drogas: _____
- _____ 2. Sí, de vez en cuando Cantidad _____
- _____ 3. Sí, seguido

13. Esta trabajando actualmente? _____ **Si** _____ **No** _____ **Retirado**

Cuales su ocupación?: _____

Fecha de la última vez que trabajo: _____

14. Repaso de sistemas

Por favor **MARQUE "X"** enseguida de sus síntomas **actuales**:

1. Piel:

- erupciones
 soriasis
 fácilmente se moretea
 bultos/ bolitas anormales
 pechos adoloridos

2. Ojos:

- pérdida de la vista
 doble visión

3. Oídos:

- disminución de la audición
 zumbido en los oídos

4. Nariz:

- Problemas sinusales
 problemas respiratorios

5. Garganta:

- dolor de garganta
 voz ronca
 ronca al dormir

6. Respiratorio:

- Falta de respiración
 sibilancia
 tos / producción de la flema

7. Gastrointestinal:

- pérdida de peso
 dolor abdominal
 náusea/vómito
 diarrea o estreñimiento
 sangre en el excremento
 pérdida del control de evacuaciones

8. Músculo-esquelético:

- fracturas/esguinces
 osteoporosis
 hinchazón de las coyunturas

9. Endocrina:

- tiroides agrandada
 sed excesiva/bocio
 sed excesiva/apetito
 diabetes

10. Cardiovascular:

- palpitaciones /frecuencia irregular del corazón
 dolor de pecho
 soplo de corazón /fiebre reumática

11. Neurológico:

- dolor de cabeza/migraña
 Mareo
 convulsiones/Ataques convulsivos

12. Genitourinario:

- Sangre en la orina
 frecuencia de la orina
 dolor al orinar
 pérdida de la orina
 cálculos renales

15. ¿Estaba esto lesión relacionada trabajo? _____

16. ¿Quién te refirió a Arizona Spine Care?

- Doctor Primario
 Terapeuta físico
 Paciente
 Otro

Nombre: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Si un doctor te solicito visitar cuidado de la espina dorsal del Arizona Spine Care, firmar por favor abajo si deseas autorizar el lanzamiento de esto y de todos los informes subsecuentes al medico arriba nombrado.

Autorizo este lanzamiento. Firma: _____

Comprobar aquí si no autorizas este lanzamiento: _____

Por favor tome un momento y repase todo el cuestionario para asegurarse que todas las preguntas han sido contestadas completamente