

Historia Física

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO ANTES DE SU VISITA. UTILICE SOLO TINTA AZUL / NEGRA

NOMBRE:: _____ EDAD: _____ SEX: M F

I. Queja Principal

Referido por (Doctor) _____

En sus propias palabras, ¿por qué está aquí?

En el diagrama, **sombree** las áreas donde siente dolor.

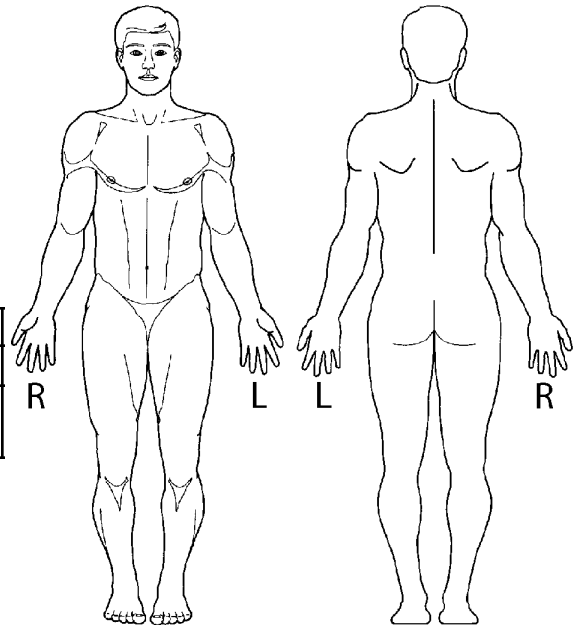
Marque las áreas que más le duelen con una "X".

II. Marque la (s) palabra (s) que describen su dolor.

<input type="checkbox"/> Ardor	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Pinchazos
<input type="checkbox"/> Sensibilidad	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Electricidad
<input type="checkbox"/> Pálpito	<input type="checkbox"/> Disparo	<input type="checkbox"/> Puñalada

III. ¿Cuándo ocurre su dolor?

<input type="checkbox"/> Constantemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Con estrés	<input type="checkbox"/> A la misma hora todos los días
<input type="checkbox"/> Sin previo aviso	<input type="checkbox"/> Cuando me muevo de cierta manera



IV. Historia de la enfermedad actual

¿Cuándo empezó el dolor?

¿Qué siente que causó el dolor?

Tiene:

Entumecimiento (lugar) _____

Hormigueo (lugar) _____

Debilidad (lugar) _____

Escala de dolor:

Mi dolor actual es.....	Sin dolor - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - Dolor extremo
Durante la semana pasada , Lo mejor que ha sido mi dolor es	Sin dolor - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - Dolor extremo
Durante la semana pasada , lo peor que ha sido mi dolor es.....	Sin dolor - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - Dolor extremo

Durante la semana pasada , mi dolor promedio ha sido..... <i>Sin dolor</i> - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - <i>Dolor extremo</i>
Durante los últimos 3 meses, mi dolor promedio ha sido..... <i>Sin dolor</i> - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - <i>Dolor extremo</i>

¿Qué empeora su dolor?
(Por favor, MARQUE)

¿Qué mejora su dolor?
(Por favor, MARQUE)

<input type="checkbox"/> toser	<input type="checkbox"/> estornudar	<input type="checkbox"/> tensión		<input type="checkbox"/> caminar	<input type="checkbox"/> sentar	
<input type="checkbox"/> caminar	<input type="checkbox"/> sentado	<input type="checkbox"/> en pie		<input type="checkbox"/> en pie	<input type="checkbox"/> acostado	
<input type="checkbox"/> calor	<input type="checkbox"/> frío	<input type="checkbox"/> acostado		<input type="checkbox"/> calor	<input type="checkbox"/> frío	
<input type="checkbox"/> flexionándose hacia adelante	<input type="checkbox"/> inclinándose hacia atrás	<input type="checkbox"/> otro		<input type="checkbox"/> flexionándose hacia adelante	<input type="checkbox"/> inclinándose hacia atrás	<input type="checkbox"/> otro

Tratamientos previos (marque la casilla si lo ha intentado):

<input type="checkbox"/> Quiropráctico	<input type="checkbox"/> Terapia física	<input type="checkbox"/> Acupuntura
<input type="checkbox"/> Masaje	<input type="checkbox"/> Inyecciones o procedimientos (enumere el tipo de inyección o procedimiento a continuación)	

Procedimiento	Mes/año	Ubicación del cuerpo	Médico

Medicamentos previamente probados para el dolor. (Enumere cada medicamento, incluya los medicamentos de venta libre):

V. Historia pasada (Médico, Quirúrgico, Familiar, Social, Hospitalizaciones)

Historia médica pasada: MARQUE las que se apliquen a **USTED** (no a su familia) y descríbalas si se indica.

<input type="checkbox"/> Neuropatía periférica	<input type="checkbox"/> Hematomas / sangrado fáciles	<input type="checkbox"/> Ataques al corazón	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea
<input type="checkbox"/> Mala circulación	<input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Reflujo	<input type="checkbox"/> Exceso de peso	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Otro:		

NOMBRE: _____

<input type="checkbox"/> Stroke(s) SIDE: <input type="checkbox"/> Rt <input type="checkbox"/> Lt	<input type="checkbox"/> Kidney Disease TYPE:	<input type="checkbox"/> Lung Disease TYPE:	<input type="checkbox"/> Cancer TYPE:
---	--	--	--

Historial Quirúrgico / Hospitalario

Operación o enfermedad	Mes/año	Operación o enfermedad	Mes/año
1)		3)	
2)		4)	

¿Está tomando un anticoagulante? Sí No Sí, cuál: _____

Alergias: enumere las alergias y reacciones a medicamentos, alimentos, contacto o ambientales:

VI. Revisión de Sistemas

COMPRUEBE todas las condiciones **ACTUALES** que tenga. **SELECCIONE** "Negativo" si no tiene quejas.

Preguntas generales	Músculos, huesos y articulaciones	Sistema digestivo	Brain & Nerves
<i>Negativo</i>	<i>Negativo</i>	<i>Negativo</i>	<i>Negativo</i>
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Desmayos, mareos
<input type="checkbox"/> Cambio en los patrones de sueño	<input type="checkbox"/> Tendinitis	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Quedarse en blanco
<input type="checkbox"/> Cambio en el nivel de actividad	<input type="checkbox"/> Áreas hinchadas	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria
Psicológico	<input type="checkbox"/> Hinchazón de las articulaciones	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Temblores
<i>Negativo</i>	<input type="checkbox"/> Rigidez matutina	<input type="checkbox"/> Problemas para tragar	<input type="checkbox"/> Parálisis
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Dolores musculares	<input type="checkbox"/> Vómitos con sangre	Oídos, ojos, nariz y garganta
<input type="checkbox"/> Ansiedad y preocupación	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Heces alquitranadas negras	<i>Negativo</i>
<input type="checkbox"/> Arrebato emocional	<input type="checkbox"/> Dolores en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Evacuaciones intestinales con sangre	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Dificultad para pensar	<input type="checkbox"/> Bursitis	Riñones y vejiga	<input type="checkbox"/> Pólipos nasales
<input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados	Corazón, sangre y circulación	<i>Negativo</i>	<input type="checkbox"/> Alergia
<input type="checkbox"/> Dificultad para conciliar el sueño	<i>Negativo</i>	<input type="checkbox"/> Orina con sangre	<input type="checkbox"/> Ronquera
<input type="checkbox"/> Escuchar voces	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Goteo después de orinar	<input type="checkbox"/> Visión doble
<input type="checkbox"/> Hábitos repetitivos	<input type="checkbox"/> Calambres / dolor en las piernas	<input type="checkbox"/> Micción dolorosa	<input type="checkbox"/> Problemas oculares
Piel	<input type="checkbox"/> Hinchazón del tobillo	<input type="checkbox"/> Control deficiente de la vejiga	<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva
<i>Negativo</i>	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar en reposo	<input type="checkbox"/> Orinar con frecuencia	<input type="checkbox"/> Secreción / dolor de oído

NOMBRE: _____

<input type="checkbox"/> Erupciones	<input type="checkbox"/> Manos o pies fríos	<input type="checkbox"/> Dificultad para comenzar a orinar	<input type="checkbox"/> Zumbido en sus oídos
<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Defectos cardíacos	<input type="checkbox"/> Flujo débil	Pulmones y respiración
<input type="checkbox"/> Piel seca	<input type="checkbox"/> Soplos cardíacos		<i>Negativo</i>
<input type="checkbox"/> Bultos	<input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazón		<input type="checkbox"/> Sibilancias
<input type="checkbox"/> Aumento del crecimiento de las uñas	<input type="checkbox"/> Várices		<input type="checkbox"/> Tos prolongada
<input type="checkbox"/> Aumento del crecimiento del cabello	<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en piernas / pulmones		<input type="checkbox"/> Tos con sangre
<input type="checkbox"/> Cambios en el color de la piel	<input type="checkbox"/> Anemia		<input type="checkbox"/> Enfisema
<input type="checkbox"/> Piel brillante			<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar
			<input type="checkbox"/> Infecciones pulmonares

Historia familiar: Marque cualquier enfermedad **FAMILIAR**. Solo incluye a sus padres y hermanos (es decir, hermanas / hermanos)

Enfermedad	Relación	Enfermedad	Relación	Enfermedad	Relación
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano
<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Bipolar / TOC	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano
Otro:					

Historia Social:

¿DÓNDE TRABAJAS?		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado
¿Haces ejercicio con regularidad?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Qué tipo? ¿Con qué frecuencia?
¿Fumas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? paquetes/día paquetes/semana

NOMBRE: _____



¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? bebidas/día bebidas/semana
¿Alguna vez su dolor le ha impedido trabajar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso AFIRMATIVO, explique por favor:
¿Está demandando a alguien por su problema de dolor?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso AFIRMATIVO, explique por favor:

Reconozco que he recibido, leído y entendido los Consentimientos, Acuerdos y Reconocimientos de Space City Pain Specialists, incluyendo la Exención de Responsabilidad General, Consentimiento para Tratamiento, Acuerdo de Análisis de Orina y Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma: _____

Fecha: _____

NOMBRE: _____

SOLO para uso médico:

Evaluación:

Interpretación de datos:

Plan:

Nivel de historia (se requieren 3 de 3):

 Toda la información histórica revisada con el paciente por el médico.

Examen

Nivel: _____

Nivel de decisión (se requieren 2 de 3): _____

Nivel final: _____



Formulario de Divulgación de Registros Médicos

Al firmar este formulario, le autorizo a divulgar información médica confidencial sobre mí, mediante la divulgación de una copia de mis registros médicos o un resumen o descripción de mi información médica protegida. A la (s) persona (s) o entidad que se enumeran a continuación.

Space City Pain Specialists, LLP
17448 Hwy 3, Suite 136
Webster, TX 77598
Phone: 281.338.4443
Fax: 281.338.8821

Las razones o el propósito de esta divulgación de información son los siguientes:
_____ *Continuidad de la atención* _____

Entiendo que proporcionaré esta información dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la solicitud y que se puede cobrar una tarifa por preparar y proporcionar esta información de acuerdo con las resoluciones establecidas por la Junta Examinadora del Estado de Texas.

Además de la autorización de divulgación de información a mi proveedor de atención médica, también autorizo la divulgación de mi información médica protegida a cualquiera de las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Las limitaciones sobre la información que puede divulgar sujeta a este formulario de divulgación son las siguientes:

Nombre del paciente:

Nombre representativo:

Firma del paciente / padre / tutor / representante legal:

Fecha:

NOMBRE: _____