



HISTORIAL MÉDICA Y EXPLORACIÓN ORTOPÉDICA

Nombre Legal: _____

Fecha de Cita: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Medico de OSMC: _____

Necesito Interprete - Idioma : _____

Medico Particular/de Familia: _____

Medico Quien Lo Refirió: _____

Farmacia Preferida: (Nombre, Calle, Ciudad, Estado) _____

• **Historial de Medicamento:** Por favor escriba el nombre de todo medicamento (incluyendo con receta, inhalador, pomada, vitaminas, herbal, suplemento, sin receta y anticonceptivos) lo cual actualmente esta tomando. **Si usted ha firmado el Consentimiento para obtener su historial de Medicamentos de su Farmacia** ~ solo escriba vitaminas, medicina herbal, suplemento & medicina sin receta.

Actualmente **NO** tomo ningún medicamento.

Droga/Medicina	Cantidad/Dosis	Frecuencia	Droga/Medicina	Cantidad/Dosis	Frecuencia
<i>(Ejemplo) Aspirina</i>	<i>81mg</i>	<i>1 tableta dos veces al día</i>			

• **Alergias de Droga/Medicamento:** Por favor indique toda alergia de droga y anestésico.

No tengo alergia conocida.

Droga/Otro	Reacción	Droga/Otro	Reacción

• **Cirugías Ortopédicas:** Por favor incluya todas las cirugías (de hueso, articulación, tendón, ligamento, lesión) que ha tenido en su vida.

Fecha	Cirugía/Procedimiento	Lugar/Medico

• **Procedimientos de Intervención de Dolor:** (Epidural de dolor, Radiofrecuencia, NeuroEstimulador, Pompa Implantable de Dolor, etc.)

Droga/Otro	Cirugía/Procedimiento	Lugar/Medico

• **Otras Hospitalizaciones/Procedimientos:** Por favor incluya otras cirugías o hospitalizaciones que ha tenido en su vida.

Fecha/Edad	Cirugía/Procedimiento/Hospitalización

• **Anestesia:** Por favor marque cual de las siguientes condiciones ha tenido o tiene ahora:

- Reacción previa de anestesia. Por favor indique el tipo de reacción que tuvo: _____
- Un pariente ha tenido una reacción a la anestesia. (Mamá, Papá, Hermanos): _____
- Usa dentadura postiza (placa dental). (Parcial o Completo)

• **Alergias/Sensibilidades**

Alergia al látex: ¿Ha tenido o tiene ahora reacciones repetidas al látex? Si No

- ¿Que causo su reacción? _____ ¿Cual fue su reacción? _____
- ¿Puede usar otros artículos de goma/ hule sin reacción? Si No
- ¿Ha tenido análisis de sangre para alergia al látex? Si No Fecha: _____ Resultados: Negativo Positivo

Sensibilidad al Metal

- ¿Ha tenido o tengo ahora reacciones repetidas al metal? Si No
- ¿Que causo su reacción? _____ ¿Cual fue su reacción? _____

• **Fracturas/Dislocaciones:** Por favor escriba cualquier fractura sin necesidad quirúrgica o dislocación con la fecha/edad aproximada cuando ocurrió.

Fracturas/Dislocaciones	Fecha/Edad Aproximada

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

• Historial Músculo Esquelética

Por favor escriba cualquier condición músculo esquelética que tiene/ha tenido. (Artritis, Problemas/Infección de Articulación, Fibromialgia, etc.)

• Historial General Por favor marque cualquier de las siguientes condiciones que ha tenido o tiene ahora:

<input type="checkbox"/> Tiroides Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 Controlado por: _____ Último A1C: _____ Fecha: _____ Doctor de la diabetes: _____ Fecha de Última Cita: _____ Fecha de Última Cita de Cuidado de Pies Rutinaria: _____	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> MI/Ataque al Corazón Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arterias Coronarias (CAD) <input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial Periférica (PVD) <input type="checkbox"/> Hipertensión & actualmente tomando medicina <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular / Derrame cerebral ~ tomando anticoagulante <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Sangrado Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño <input type="checkbox"/> Usa Maquina C-PAP <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa profunda (DVT) <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar (PE) Cardiólogo: _____
--	--	---

Por favor escriba cualquier OTRA condición de su Salud General lo cual no indico arriba (Anemia, Esclerosis Múltiple, Úlcera Péptica, Colitis, Enfermedad del Riñón, Hepatitis-A,B,C, Enfermedad del Hígado, Neuropatía Periférico, Depresión, Ansiedad, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Enfermedad Pulmonar, etc.)

• Infecciones Resistentes a Drogas

• Vacunas

<input type="checkbox"/> TB Fecha: _____ Detalles: _____ <input type="checkbox"/> MRSA Fecha: _____ Detalles: _____ <input type="checkbox"/> VRE Fecha: _____ Detalles: _____	<input type="checkbox"/> Tétano <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Influenza/Gripe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha: _____
---	---

• Para Mujeres Edad al inicio de menstruación: _____ Edad al inicio de menopausia: _____
 Si es de edad 65-85 ~ ¿Ha tenido un Examen de la Densidad Ósea? (DXA) No Si Fecha: _____

• Pruebas de Detección de Cáncer Si usted es de edad 50-75 ~ ¿Ha tenido una Prueba de Detección del Cáncer Colorrectal? No Si
 Colonoscopia No Si Fecha: _____ Sigmoidoscopia No Si Fecha: _____

• Uso de Tabaco ¿Ha usado Tabaco? No/Nunca Si

Uso de Tabaco – Fumar					Uso de Tabaco – Sin Humo				
Tipo de Tabaco	Uso Diario	Uso por día	Edad cuando empezó	Edad cuando lo dejo	Tipo de Tabaco	Uso Diario	Uso por día	Edad cuando empezó	Edad cuando lo dejo
<input type="checkbox"/> Cigarrillo	<input type="checkbox"/> Si	# ___ <input type="checkbox"/> Paquetes <input type="checkbox"/> Cigarrillos			<input type="checkbox"/> Mascar	<input type="checkbox"/> Si	# ___ unidades		
<input type="checkbox"/> Purillo	<input type="checkbox"/> Si	# ___ Purillos			<input type="checkbox"/> Sin Humo	<input type="checkbox"/> Si	# ___ unidades		
<input type="checkbox"/> Puro	<input type="checkbox"/> Si	# ___ Puros			<input type="checkbox"/> Rapé	<input type="checkbox"/> Si	# ___ unidades		
<input type="checkbox"/> Pipa	<input type="checkbox"/> Si	# ___ Pipas			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si	# ___ unidades		

• Uso de Alcohol No Si Numero de bebidas _____ al Día Semana Mes Fecha que lo dejo: _____

• Uso Substancias/Droga Recreativa No Si Tipo: _____ Fecha que lo dejo: _____

• Uso de Cafeína No Si Numero de bebidas _____ al Día Semana Mes

• Estudiantes Escuela: _____
 Deportes / Actividades físicas de aptitud: _____

• Ambiente de Hogar ¿Tiene su hogar escalones/escalas/gradas completas para subir/bajar a otro piso? No Si
 Vive solo Vive con pareja/parientes Vivienda Asistida Asilo de Ancianos Hogar de Jubilación
 Vive con otro adulto que pueda cuidarlo Cuidador de persona vive en mi hogar

• Ambiente de Trabajo ¿Ha servido en el servicio Militar? No Si
 Tiempo Parcial Tiempo Completo Por Propia Cuenta Desempleado Jubilado
 Ocupación/Título de puesto en el trabajo: _____

• Historial de Familia Por favor indique todas las condiciones médicas de su padre, madre y hermanos.

Historial de Familia Desconocida

Pariente	Condición Medica	Si falleció:
Madre		A que edad: Causa:
Padre		A que edad: Causa:
Hermano		A que edad: Causa:
Hermano		A que edad: Causa:
Hermano		A que edad: Causa:
Hermano		A que edad: Causa: