

# PATIENT HISTORY FORM / FORMULARIO DE HISTORIAL DE PACIENTES 1

## Southwest Joint Replacement & Sports Medicine Center

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Fecha / Date (MM/DD/YYYY)
---------------------	----------------------------------	---------------------------

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Doctor de Cabecera, Direccion & Numero de Telefono

---

Proveedor de Referencia, Direccion & Numero de Telefono

---

Nombre de Farmacia & Direccion: \_\_\_\_\_

Numero de Farmacia: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

¿Cual es la razon principal de su visita el dia de hoy?: \_\_\_\_\_

---

Por favor, circule el nivel de su problema actual (0 siendo el más bajo & 10 siendo el más alto)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuándo comenzó este problema?: \_\_\_\_\_ (Por favor, especifique la fecha)

¿Este problema se debe a una lesión? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de la lesión? \_\_\_\_\_

**WORK INJURY? / ¿SE HAN PRODUCIDO LAS LESIONES EN EL TRABAJO? SI NO SI SI DETIENE Y NOTIFICA EL DESK DELANTERO.**

**NUESTROS DOCTORES NO TRATAN LESIONES DE TRABAJO.**

**AUTO ACCIDENT INJURY? / ¿ESTA LESIONES SE DEBE A UN ACCIDENTE AUTO? SI NO (ESTA PRACTICA NO ACEPTA CARTAS DE PROTECCION)**

Any recent films? / Por esta lesión/problema, recientemente ha tenido una:

X-Ray? SI NO

MRI? SI NO

CT? SI NO

If yes, when & where? / En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

What treatment have you received? / ¿Qué tratamiento ha recibido? \_\_\_\_\_

Dominant hand? / ¿Qué mano es tu dominante? Right Left

Pregnant? / ¿Estás embarazada? YES/SI NO

If yes, due date? / En caso afirmativo, ¿cuándo es su fecha de vencimiento? \_\_\_\_\_

### MEDICATIONS, VITAMINS & SUPPLEMENTS / MEDICAMENTOS, VITAMINAS Y SUPLEMENTOS

Por favor, indique el nombre, la dosis y la frecuencia del medicamento, vitamina y/o suplemento

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## FORMULARIO DE HISTORIAL DE PACIENTES 2

### Southwest Joint Replacement & Sports Medicine Center

#### PAST MEDICAL HISTORY / HISTORIAL MEDICO PASADO

¿ALGUNA VEZ HA SIDO DIAGNOSED CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?: RESPUESTA CADA UNO CON SI/NO COMO SE APLICA

**SI/ N** Anemia/Bleeding / Problemas de Sangrado

**SI/ N** Hepatitis

**SI/ N** Blood Clots / *Coágulos de Sangre*

**SI/ N** High Cholesterol / Colesterol Alto

**SI/ N** Blood Transfusion / Transfusion de Sangre

**SI/ N** Hypertension / Hipertension

**SI/ N** Cancer

**SI/ N** Seizures / Convulsiones

**SI/ N** Chest Pain / Dolor en el Pecho

**SI/ N** Sleep Apnea

**SI/ N** Diabetes

**SI/ N** Stroke / Derrame Cerebral

**SI/ N** Heart Attack / Ataque al Corazón

**SI/ N** Ulcer / Ulceras

**SI/ N** Heart Disease / Cardiopatía

Other / Otro: \_\_\_\_\_

Si ha marcado cualquiera de los anteriores, cuando? \_\_\_\_\_

#### ALLERGIAS

¿TIENES ALERGIAS A MEDICAMENTOS, ALIMENTOS O ELEMENTOS AMBIENTALES? **SI NO**

En caso afirmativo, indique todas las alergias y la reacción experimentada

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### SIRUGIAS/HOSPITALIZACIONES

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?: RESPUESTA CADA CON SI/NO COMO APLICACIONES Y FECHA DE CIRUGIA

<b>SI/ N</b> Previous orthopedic fx or sx / Fracturas o cirugías ortopédicas anteriores Fecha: _____	
<b>SI/ N</b> Appendectomy / Appendectomía Fecha: _____	<b>SI/ N</b> Hemorrhoids / Hemorroides Fecha: _____
<b>SI/ N</b> Back SX / Cirugía de Espalda Fecha: _____	<b>SI/ N</b> Hernia Repair / Reparación de Hernia Fecha: _____
<b>SI/ N</b> CABG \ Cirugía de injerto de bypass de arteria coronaria Fecha: _____	<b>SI/ N</b> Hysterectomy / Histerectomía Fecha: _____
<b>SI/ N</b> Cancer Surgery Fecha: _____	<b>SI/ N</b> Thyroid / Tiroides Fecha: _____
<b>SI/ N</b> Gallbladder / Extracción de la Vesícula Biliar Fecha: _____	<b>SI/ N</b> Tonsillectomy / Tonsillectomía Fecha: _____
<b>SI/ N</b> Heart Surgery / Cirugía cardíaca Fecha: _____	

Other Surgeries / Otras cirugías Fecha: \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado excepto por las cirugías enumeradas anteriormente? **SI/ N**

En caso afirmativo, indique cuándo y por qué?: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE HISTORIAL DE PACIENTES 3

## Southwest Joint Replacement & Sports Medicine Center

### HISTORIA FAMILIAR

**No medical history / No conozco la historia clínica de mis padres biológicos u otros miembros de la familia** (Ir a la siguiente sección, HISTORIA SOCIAL)

**MADRE:** Alive (Con vida) \_\_\_\_\_ Age (Edad): \_\_\_\_\_  
 Deceased at age / Fallecida a edad: \_\_\_\_\_  
 Due to / Debido a: \_\_\_\_\_

**PADRE:** Alive (Con vida) \_\_\_\_\_ Age (Edad): \_\_\_\_\_  
 Deceased at age / Fallecida a edad: \_\_\_\_\_  
 Due to / Debido a: \_\_\_\_\_

FAMILY ILLNESSES / ¿HAY ALGUNA ENFERMEDAD QUE SE ENCUENTRA EN LA FAMILIA?	Relation: (SELECCIONE TODOS LOS QUE SE APLICAN)					
	(DAD)	(MOM)	(SISTER)	(BROTHER)		
Diabetes	SI	NO	PAPA	MAMA	HERMANA	HERMANO
Hypertension (HTN) (Hipertension)	SI	NO	PAPA	MAMA	HERMANA	HERMANO
Breast Cancer (Cancer de Mama)	SI	NO	PAPA	MAMA	HERMANA	HERMANO
Heart Disease (CAD) (Cardiopatía)	SI	NO	PAPA	MAMA	HERMANA	HERMANO
Lung Cancer (Cancer de Pulmon)	SI	NO	PAPA	MAMA	HERMANA	HERMANO
Colon Cancer (Cancer de Colon)	SI	NO	PAPA	MAMA	HERMANA	HERMANO
Heart Attack (Ataque al Corazón)	SI	NO	PAPA	MAMA	HERMANA	HERMANO
High Cholesterol (Colesterol Alto)	SI	NO	PAPA	MAMA	HERMANA	HERMANO
Asthma	SI	NO	PAPA	MAMA	HERMANA	HERMANO
Other (Otro) : _____			PAPA	MAMA	HERMANA	HERMANO

### HISTORIA SOCIAL

<p><b>ALCOHOL USE / USO DE ALCOHOL</b>                      Does not use alcohol / No usa alcohol                      Uses alcohol / Usa alcohol</p> <p>Frequency of drinking: / Frecuencia de beber:                      Never / Nunca                      Rarely / Rara vez                      Socially / Socialmente                      Daily / Diario                      Amt/drinks/week / Cantidad: _____ bebida/semana</p>	<p><b>MARITAL STATUS / ESTADO CIVIL</b>                      Married / Casado/a                      Divorced / Divorciado                      Single / Soltero/a                      Widow/Widower / Viudo/a                      Partner / Pareja                      Domestic Partner / Socio Domestico</p>
<p><b>TOBACCO STATUS / ESTADO DE TABACCO</b>                      non tobacco user / usuario no fumador                      never a smoker / nunca fumador                      current every day smoker / corriente todos los días fumador                      current some day smoker / actual fumador algún día                      former smoker / ex fumador                      -Quit date / Fecha de cierre: _____                      smokeless tobacco user / consumidor de tabaco sin humo</p> <p># of yrs smoked / N.o de años fumados: _____                      Amt/per day / Cantidad: _____ por día</p>	<p><b>OCCUPATION/WORK / OCUPACIÓN/TRABAJO</b>                      employed full time / tiempo completo empleado                      employed part time / empleado a tiempo parcial                      homemaker / ama de casa                      student / estudiante                      not employed / no empleado                      retired / jubilado                      disabled / dejar invalido                      Occupation / Ocupación: _____</p>

**FORMULARIO DE HISTORIAL DE PACIENTES 4**

**Southwest Joint Replacement & Sports Medicine Center**

**REVISION DE SISTEMAS**

¿Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas médicos? Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

<p><b>CONSTITUTIONAL / CONSTITUCIONAL</b>                  Chills / Enfriar                  Fatigue / Fatiga                  Fever / Fiebra                  Night sweats / Sudores Nocturnos                  Weight gain / Sudores nocturnos                  Weight loss / Adelgazamiento                  _____</p>	<p><b>CARDIOVASCULAR / CARDIOVASCULAR</b>                  Chest pain / Dolor en el pecho                  Heart attack / Ataque al corazón                  Irregular heart rate / Frecuencia cardíaca irregular                  Palpitations / Palpitaciones                  Fainting / Desmayo                  _____</p>
<p><b>GENITOURINARY / GENITOURINARIAS</b>                  Incontinence / Incontinencia                  UTI / Infeccion urinaria                  _____</p>	<p><b>ENDOCRINE / ENDOCRINO/A</b>                  Heat/Cold intolerance / Ene tuce calor frio                  Thyroid problems / Problemas de la tiroides                  Unusual weight gain / Aumento de peso inusual                  _____</p>
<p><b>SKIN/BREAST / PIEL/PECHO</b>                  Breast lun por mass / Bulto de pecho o masa mamaria                  Bruising / Moretones                  Rash/Redness / Erupcion/Enrojecimiento                  _____</p>	<p><b>RESPIRATORY / RESPIRATORIO</b>                  Cough / Tos                  Shortness of breath / Falto de aire                  _____</p>
<p><b>MUSCULOKELETAL / MUSCULOSQUELETAL</b>                  Joint pain / Dolor articular                  Muscle weakness / Debilidad muscular                  Swollen joints / Articulaciones hinchadas                  Arthritis / Artritis                  _____</p>	<p><b>LYMPHATICS / LINFATICO/A</b>                  Abnormal bleeding / Sangrado abnormal                  Anemia / Anemia                  Enlarged lymph nodes / Ganglios linfáticos agrandados                  _____</p>
<p><b>EYES / OJOS</b>                  Blurred visión / Vista borrosa                  Difficulty seeing / Dificultad para ver                  Double visión / Vision double                  _____</p>	<p><b>GASTROINTESTINAL / GASTROINTESTINAL</b>                  Abdominal pain or swelling / Dolor abdominal o hinchazón                  Acid reflux / Acidez gástrica                  Constipation / Estreñimiento                  Diarrhea / Diarrea                  Ulcers / Ulceras                  Vomiting / Vomito                  _____</p>
<p><b>NEUROLOGIC / NEUROLOGICO</b>                  Dizziness / Mareos                  Headaches / Dolor de cabeza                  Numbness / Entumecimiento                  _____</p>	
<p><b>ALLERGIC/IMMUNOLOGIC / ALERGICO/INMUNOLOGICO</b>                  Hives / Urticaria                  Metal or Nickel sensitivity / Sensibilidad al metal o al niquel                  _____</p>	<p><b>EARS/NOSE/THROAT / OREJAS/NARIZ/GARGANTA</b>                  Deafness / Sordera                  Hearing changes / Cambios en la audición                  Nasal congestion / Congestion nasal                  Nose bleeds / Hemorragia nasei                  Sore throat / Dolor de garganta                  _____</p>
<p><b>PSYCHIATRIC / PSIQUIATRICO</b>                  Anxious / Ansioso                  Confusion / Confusion                  Depressed / Deprimido/a                  _____</p>	<p><b>HEMATOLOGY / HEMATOLOGIA</b>                  Bleeding / Hemorragia                  Blood clots / Coagulo de sangre                  _____</p>

Firma del Paciente/Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

I have read and reviewed this patient history form.

Physician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_