



Medico de OSMC: _____

Fecha de Cita: _____

HISTORIA MEDICA Y EXPLORACIÓN ORTOPÉDICA

Fecha: _____

Nombre Legal: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Historia de Medicinas: Favor de enlistar el nombre de todas las medicinas (incluyendo vitaminas, medicina sin receta y control de natalidad) cuales esta tomando actualmente. Yo no estoy tomando ningún medicamento.

<u>Droga/Medicina</u>	<u>Droga/Medicina</u>	<u>Droga/Medicina</u>	<u>Droga/Medicina</u>

Alergias: Favor de incluir toda alergia de medicina y anestésicos. No tengo ninguna alergia de medicina conocida.

<u>Medicina/Otro</u>	<u>Reacción</u>	<u>Medicina/Otro</u>	<u>Reacción</u>

Cirugías Ortopédicas: Favor de incluir todas las cirugías ortopédicas que ha tenido en su vida.

<u>Fecha</u>	<u>Cirugía/Procedimiento</u>	<u>Lugar/Medico</u>

Procedimientos Intervención de Dolor: (Epidural, Radiofrecuencia, Neuro Estimulador, Pompa Implantable de Dolor, etc.)

<u>Fecha</u>	<u>Cirugía/Procedimiento</u>	<u>Lugar/Medico</u>

Otras Admisiones de Hospital/Procedimientos: Favor de incluir todas las cirugías o hospitalizaciones que ha tenido en su vida.

<u>Fecha/Edad</u>	<u>Cirugía/Procedimiento/Hospitalización</u>

Anestesia: Favor de marcar cualquier de las siguientes condiciones que tiene o ha tenido:

- Previa reacción alérgica de anestesia. Favor de indicar el tipo de reacción que tuvo: _____
- Un pariente tuvo reacción alérgica de anestesia. Favor de indicar el tipo de reacción que tuvo: _____
- Yo tengo dentadura postiza.

Alergia al Látex: Yo he tenido o tengo reacciones repetidas al látex. Si No

Favor de indicar que causo su reacción: _____

Tipo de reacción: _____

Puede usar otros artículos de hule o goma? Si No _____Ha tenido análisis de sangre para la alergia al látex? Si No Fecha: _____ Resultados: _____**continué atrás**

Fracturas/Dislocaciones: Favor de enlistar cualquier fractura o dislocación con la fecha y edad aproximada cuando ocurrió.

Historia Músculo Esquelética: Favor de marcar cualquier de las siguientes condiciones que tenga o ha tenido.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amputaciones | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Articulación Degenerativa | <input type="checkbox"/> Infección Articular | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Articulación dislocada | <input type="checkbox"/> Quiste en el Hueso | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Huesos Frágles | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Dolor/Problemas en el Cuello | <input type="checkbox"/> Disco Roto/Ciática |
| <input type="checkbox"/> Deformidad del Pecho | <input type="checkbox"/> Gota/ Seudo gota | <input type="checkbox"/> Osteomielitis/Infección de Hueso | <input type="checkbox"/> Curvatura de la Columna/Escoliosis |

Historia Medica: Si usted tiene o ha tenido cualquier enfermedad significativa, favor de marcar la condición o enlistarla si no esta incluida abajo.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> ICD (Defib Internal Cardiaco) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Periférico Vascular |
| Tipo: _____ | Tipo: _____ Modelo: _____ | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipertensión/Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> MRSA Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | Detalles: _____ |
| Controlado con: _____ | <input type="checkbox"/> MI/Ataque del Corazón | <input type="checkbox"/> VRE Fecha: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Coronaria | Detalles: _____ |

Historia General:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Desorden de Vejiga | <input type="checkbox"/> Síndrome Down | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón/Renal |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Enfisema/COPD | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Lesión a la Cabeza | <input type="checkbox"/> Miastenia Gravis | <input type="checkbox"/> Ataques Repentinos |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Desorden del Oído/Audición | <input type="checkbox"/> Ulcera Peptica | <input type="checkbox"/> Culebrilla |
| <input type="checkbox"/> Colitis/Crohn's/Colitis Ulcerativo | <input type="checkbox"/> Hepatitis Tipo- (circule) A B C | <input type="checkbox"/> Neuropatía Periférico | |
| | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Quien es su cardiólogo/a? _____ No tengo cardiólogo/a.

Fecha de la ultima Vacuna del Tétano: _____

Para Pacientes Femeninas: Edad de inicio de menstruación: _____ Edad de inicio de menopausia: _____

Historia Social: Favor de indicar el uso aproximado de lo siguiente:

Tabaco: No Si Cigarrillos/ Cigarro/ Masticar # _____ (paquetes) al día Cuanto tiempo? _____ **Fecha que lo dejo:** _____

Alcohol: No Si _____ bebidas al Día Semana Mes **Fecha que lo dejo:** _____

Otras sustancias/ uso de drogas recreativas: No Si Tipo: _____ **Fecha que lo dejo:** _____

Bebidas con Cafeína: No Si _____ bebidas al Día Semana Mes

Ha viajado fuera de EE.UU.. U. en el ultimo ano? _____ Si, a donde? _____

Ambieto de Hogar: Nivel Sencillo Varios Niveles Apartamento con Escalones Apartamento de Nivel de Suelo

Vive Solo/a Vive con Pareja o Otros Parientes Vida Asistida Asilo de Ancianos Hogar de Retiramiento

Vive con otro adulto(s) que provea cuidado Cuidador para persona viviendo en el hogar

Situación de Empleo: Tiempo Parcial Tiempo Completo Por Cuenta Propia Desempleado Jubilado Ocupación: _____

Estudiante: Tiempo Completo Tiempo Parcial **A que escuela asiste?** _____

Enlistar Deportes: _____

Historia Familiar: Favor de indicar todas condiciones medicas de su padre, madre, o hermanos.

Pariente	Condicion(es) Medica	Si Falleció: Razón y Edad (cuando falleció)

