

SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

THEODORE A. EVANS, M.D.

RICHARD F. PELL IV, M.D.

MICHAEL R. GOMBOSH, M.D.

Diplomates, American Board of Orthopaedic Surgery

JOHN F. TORREGROSA, D.P.M.

Fellow American College of Foot & Ankle Surgeons

MAURICIO ARAGON CACERES, APRN, PA-C

Redwood Medical Pavilion

9165 S.W. 87th Avenue

Miami, Florida 33176-2302

Phone: 305.233.0011, Fax: 305.233.0033

Website: www.sfiortho.com

Portofino Professional Center

925 N.E. 30th Terrace, Suite 102

Homestead, Florida 33033-7914

Phone: 305.247.1701, Fax: 305.247.1799

INFORMACION DEL PACIENTE

(paciente establecido, nuevo problema)

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

A sido ud. tratado por estos doctores? Si No Sí es así, con qué medico? _____

Telefono _____ Telefono de la casa _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Estado civil: Casado Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Edad _____

Nombre de su farmacia _____ Direccion _____ Telefono _____

Doctor primario Dr. _____

***** Si ha habido un cambio en cualquiera de los anteriores, corregir la informacion debajo:***

Nombre y direccion del empleador _____

Telefono del trabajo# _____ Ocupacion del paciente _____

Nombre de su conyuge o padres _____

Direccion de su conyuge o padres _____

Numero del seguro social de su conyuge o padres _____

Nombre del empleador de su conyuge o padres _____

Telefono del trabajo de su conyuge o padres _____

Persona responsable para pagar la cuenta _____

Nombre de su seguro primario _____

Direccion de su seguro primario _____

Numero de grupo _____ Numero de poliza _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento _____ SS # _____

Nombre de su seguro secundario _____

Direccion de su seguro secundario _____

Numero de grupo _____ Numero de poliza _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento _____ SS # _____

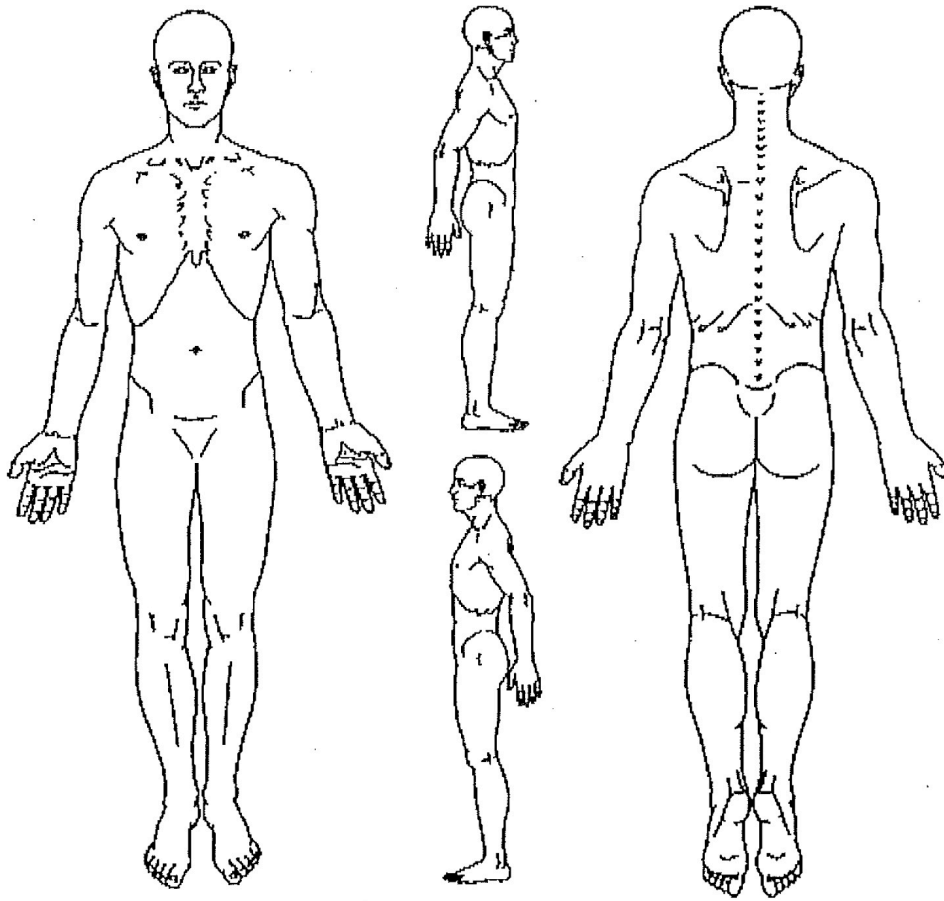
SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

DIAGRAMA DE QUEJAS

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

Desde cuando ha tenido este dolor _____ Semanas _____ Meses _____ Saños

En el diagrama de abajo, por favor indique donde usted está experimentando dolor u otros síntomas.



A = DOLOR

B = QUEMANTE

N = ENTUMECIDO

P = HORMIGUEOS

S = PUNZANTE

E = ELÈCTRICO

SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

FORMULARIO DE RECOLECCION DE HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **FECHA** _____

HISTORIA DEL PACIENTE:

Motivo de visit _____ **Edad del Paciente** _____

Que tiempo hace que esto le esta molestando? _____

Si es la extremidad superior su mano dominante es Derecha Izquierda

Dolor al reposo o dolor que te despierta en la noche? _____

Severidad (Leve/Moderado/Fuerte) _____

Que alivia sus síntomas? _____

Que hace que sus síntomas empeoren? _____

Describe algun tratamiento anterior? (Cirugia/Terapia/Inyecciones/Medicamentos)

HISTORIA PASADA Y OTROS PROBLEMAS:

CIRUGIAS PREVIAS Y HOSPITALIZACIONES:

HISTORIA FAMILIAR: MARQUE SI UN FAMILIAR HAS TENIDO ALGO DE LO SIGUIENTE

- Artritis Hipertension Enfermedad del croazon Diabetes Problemas endocrinos, glandulares
 Enfermedad Musculares

MIEMBRO	VIVO	FALLECIDO	EDAD	ESTADO DE SALUD O CAUSA DE MUERTE
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hermana/Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hermana/Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hermana/Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

HISTORIA SOCIAL:

Education (en años) _____ Descripción del trabajo _____

Estados Civil Soltero Casado Numero de hijos _____ Hijos(s) Edades _____

Situación en que vive _____ Uso de alcohol (cantidad & tipo) _____

Uso de droga (cantidad & tipo) _____ Fumar (# cajas al día) _____

ALERGIAS:

MEDICAMENTOS INCLUIR VITAMINAS Y SUPLEMENTOS:

REVICION POR SISTEMAS - Tiene o ha presentado alguno de los siguientes problemas (circule todos los que apliquen):

- | NO | SI |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Artritis Inflamación de las articulaciones Fibromialgia Fracturas Atrofia Muscular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Erupciones de la piel Tumoraciones Problemas de cicatrización Iicazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza Convulsiones Debilidad/infarto cerebral o isquemia cerebral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depresion Desorden del sueño Alucinaciones Trastorno de ansiedad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes Hipo-Hipertoidismo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sangrado fácil, o hematomas Anemia Glándulas inflamadas o adenopatías (ganglios inflamados) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dermatitis Aalergia al látex Alergia a medicamentos O alergias medioambientales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asma Tos Silbido de los pulmones Obstrucción pulmonar Expectoración con sangre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nausea Vomiting Stomach Pain Bloody Stools Diarrhea Constipation Loss of Appetite |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dificultad al orinar Dolor o ardor al orinar Sangre en orina Incontinencia Problemas menstruales |
| | Problemas prostáticos Disfunción eréctil |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fiebre Sudoraciones nocturnas Escalofríos Pérdida de peso Cansancio Malestar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas visuales Espejuelos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de audición Problemas con los senos paranasales Vértigo/mareo Ronquera |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Inflamación de los tobillos Presión elevada |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho Falta de aire Latido del corazón anormal |

Para todas las preguntas que responda **SI, EXPLIQUE:** _____

****SI LA RAZON DE SU VISITA HOY ES POR DOLOR OR LESIONES PROVOCADAS POR UN ACCIDENTE DE AUTOMOVIL, TRABAJO, O OTRA, RESPONDA LA PREGUNTA SIGUIENTE. SI NO, PASE A LA PAGINA 7 Y FIRME SU NOMBRE:**

1. Naturaleza de lesión/enfermedad/accidente:

Automóvil _____

Trabajo _____

Otro _____

2. Nombres y direcciones del/los Abogado(s) involucrados en el caso, si aplica:

3. Fecha del accidente _____

4. Lugar del accidente _____

5. Hora del accidente _____

Por favor describa las circunstancias _____

****Si es un accidente de auto, responda las siguientes preguntas; si no lo es, pase a la pregunta #20**

6. ¿En qué clase de carro estaba usted? _____

7. ¿En dónde estaba sentado/a?

_____ Conductor _____ Pasajero delantero _____ Detrás del conductor _____ Detrás del pasajero

8. ¿Estaba usted viajando...?:

_____ Norte _____ Sur _____ Este _____ Oeste

9. ¿Se estaba usted moviendo, o estaba detenido? _____ Moviendo _____ O estaba detenido

10. ¿Cuál era la velocidad aproximada a la que viajaba su vehículo? _____ mph

11. En que parte del vehículo estabas cuando fue golpeado?

_____ In the front head on _____ In the front left side _____ In the front right side _____ In the rear

_____ In the rear left side _____ In the rear right side OR

_____ Other (list) _____

12. Al momento del impacto yo estaba mirando:

_____ Hacia adelante _____ Hacia la izquierda _____ Hacia la derecha

13. ¿Usted tenía puesto el cinturón de seguridad? _____ Si _____ No

14. ¿Su vehículo tenía bolsas de aire? _____ Si _____ No

¿Las bolsas de aire se desplegaron? _____ Si _____ No

15. Fui lanzado/a después del impacto hacia:

_____ Adelante _____ Hacia atrás _____ De lado a lado

16. Yo golpeé:

Tablero Cabecera Parabrisas Espejo retrovisor Puerta
 Cinturón de seguridad Ventana lateral Volante Otro _____

17. ¿Qué parte del cuerpo usted se golpeó?

Cabeza Pecho Cara Rodillas Brazos Hombro
 Otro _____

18. Yo tuve:

Cortadas Moretones Los dos
en mi: _____

19. Yo estaba no estaba inconsciente en la escena del accidente.

20. Tuve:

Sordera momentaria Pérdida de balance Nausea Zumbido en los oídos
 Visión borrosa Dolor inmediato Mareo

21. Fui retirado de la escena del accidente mediante:

Ambulancia Amigo/a Padres otro _____
 Al hospital A la casa Otro _____

22. ¿Cuándo fue que usted buscó atención médica debido este accidente por primera vez? _____
¿A quién vió? _____

23. En (nombre del hospital) _____
Fui examinado/a por _____

24. ¿Fue admitido/a? Si No

25. Fui examinado/a y administrado:

Rayos x Medicamentos Collar de cuello Aparato ortopédico puntos de sutura
 Otro _____

26. ¿Después de que fue dado de alta, usted que hizo?

Volver a casa y a la cama Volver al trabajo
 Otro _____

27. Trabajo:

¿Ha perdido usted tiempo de trabajo desde el accidente?: Si No

1. Todavía está sin trabajar? Si No

2. Fecha en la que regresó a trabajar _____

28. Proporcione todos los nombres de los médicos que le han tratado a usted por las lesiones de su accidente:

A. Nombre _____ Fecha _____

¿Qué hizo él/ella? _____

¿Qué dijo él/ella que estaba mal con usted? _____

B. Nombre _____ Fecha _____

¿Qué hizo él/ella? _____

¿Qué dijo él/ella que estaba mal con usted? _____

29. Marque los síntomas que usted a notado/desde su accidente:

A _____ Espalda media (dolor; rigidez)

B _____ Espalda baja (dolor; rigidez)

C _____ Hinchazón?

¿Dónde? _____

D _____ Restricción del movimiento del cuello

E _____ Dolor y rigidez en la espalda alta

F _____ Sensación de pinchazos en

_____ brazos _____ piernas

G _____ Adormecimiento en

_____ dedos _____ brazos _____ piernas

H _____ Dolor de cabeza

I _____ Dolor en el cuello

K _____ Dificultad excesiva para

_____ pararse _____ caminar

_____ montar _____ doblarse

L _____ Dolor en el cuello, rigidez levantándolo

M _____ Dolor en la espalda baja, rigidez levantándose

N _____ Dolor que se irradia hacia

_____ brazos _____ piernas

O _____ Dificultad levantando

_____ Lliviano _____ moderado

_____ Pesado

_____ Después de levantar varias veces

P _____ Dolor que se irradia hacia:

_____ Neck/ cuello

_____ Base del cráneo

_____ Brazos

_____ Caderas

_____ Piernas

30. Tengo dolor en las siguientes áreas (nombrado la más severa primero, escriba todas sus quejas/síntomas):

A. _____

B. _____

C. _____

D. _____

E. _____

31. Mis síntomas se agravan debido a:

_____ Caminar _____ Permanecer parado _____ Levantar peso _____ Voltearse _____ Trabajar

_____ Permanecer sentado _____ Practicar deportes _____ Permanecer acostado _____ Ejercicio

_____ Otro _____

32. Mis síntomas mejoran debido a:

_____ Descanso _____ Medicamentos _____ Reposo en cama _____ Paquetes de hielo

_____ Baños de agua caliente _____ Aspirina

_____ Otro _____

33. Medicamentos que toma actualmente relacionado con tus lesiones:

A. _____ D. _____
B. _____ E. _____
C. _____ F. _____

34. Ha tenido lesiones anteriores o ha recibido tratamiento en las áreas que actualmente están lesionadas?

Fecha _____ Nombre del doctor _____
Dirección del doctor _____

35. Yo _____ he podido o _____ no he podido trabajar desde el accidente.

Desde _____ Hasta _____ Otro _____

36. ¿Qué actividades han cambiado desde el día del accidente?

A. Trabajo: _____ Sin cambio _____ No puede trabajar _____ Tiene dolor al trabajar
B. Ejercicios: _____ Todavía puede _____ No puede _____ Duele hacer ejercicios
C. Trabajos en la casa: _____ Todavía puede _____ Limitado
_____ Duele al hacer las tareas del hogar _____ No puede
D. Deportes: _____ Todavía puede _____ Limitado
_____ Tiene dolor al hacer deportes _____ No puede
E. Lifting _____ Llevar peso _____ Sin limitaciones _____ Limitado _____ No puede
F. Otro: _____

37. Yo _____ he estado o _____ no he estado involucrado en otros accidentes automovilísticos.

En caso de ser positivo, proporciones la(s) fecha(s): _____

38. Yo _____ he estado _____ o no he estado involucrado en ningún tipo de accidente.

En caso de ser positivo proporcione la(s) fecha(s) y describa _____

39. ¿Tiene algún tipo de discapacidad o ha sido clasificado con un porcentaje de impedimento?

_____ Si _____ No. En caso de ser positivo, por favor explique _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA: _____

FOR OFFICE USE ONLY:
Lien and Cover letter sent out _____
Lien returned _____
Report fee paid _____

REV 8 /26/2019