

# 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

Redwood Medical Pavilion

9165 S.W. 87<sup>th</sup> Avenue

Miami, Florida 33176-2302

Phone: 305.233.0011, Fax: 305.233.0033

Website: www.sfiortho.com

Portofino Professional Center

925 N.E. 30<sup>th</sup> 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.**

**FORMULARIO DE RECOLECCION DE HISTORIA MEDICA (NUEVO PROBLEMA)**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL PACIENTE:**

Motivo de su visita \_\_\_\_\_

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)

**CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO NUEVO O CIRUGÍA DESDE SU ÚLTIMA VISITA?:**

**CUALQUIER CAMBIO DESDE LA ÚLTIMA VISITA EN:**

Trabajo \_\_\_\_\_

Situación en que vive \_\_\_\_\_

Uso de alcohol (cantidad & tipo) \_\_\_\_\_

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

**NUEVAS ALERGIAS?:**

**MEDICAMENTOS, INCLUYE VITAMINAS Y SUPLEMENTOS:**