

# 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 dia) \_\_\_\_\_

**NUEVAS ALERGIAS?:**

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

**MEDICAMENTOS, INCLUYE VITAMINAS Y SUPLEMENTOS:**

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

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

- | <b>NO</b>                | <b>SI</b>   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Artritis Inflammaci3n de las articulaciones Fibromialgia Fracturas Atrofia Muscular  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Erupciones de la piel Tumoraciones Problemas de cicatrizaci3n Picaz3n  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza Convulsiones Debilidad/infarto cerebral o isquemia cerebral  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depresi3n Desorden del sue1o Alucinaciones Trastorno de ansiedad   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes Hipo-Hipertoidismo  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sangrado f3cil, o hematomas Anemia Gl3ndulas inflamadas o adenopat3as (ganglios inflamados)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dermatitis Aalergia al l3tex Alergia a medicamentos O alergias medioambientales  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asma Tos Silbido de los pulmones Obstrucci3n pulmonar Expectoraci3n con sangre   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nauseas Vomitos Dolor de estomago Heces con sangre Diarrea Estrenimiento Perdida de apetito  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dificultad al orinar Dolor o ardor al orinar Sangre en orina Incontinencia Problemas menstruales<br>Problemas prost3ticos Disfunci3n er3ctil |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fiebre Sudoraciones nocturnas Escalofr3os P3rdida de peso Cansancio Malestar   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas visuales Espejuelos  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de audici3n Problemas con los senos paranasales V3rtigo/mareo Ronquera   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Inflammaci3n de los tobillos Presi3n elevada   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho Falta de aire Latido del coraz3n anormal  |

Para todas las preguntas que responda **SI, EXPLIQUE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*\*SI LA RAZON DE SU VISTA HOY ES POR DOLOR OR LESIONES PROVOCADAS POR UN ACCIDENTE DE AUTOMOVIL, TRABAJO, O OTRA, RESPONDA LAS PREGUNTAS SIGUIENTES. SI NO, PASE A LA PAGINA 7 Y FIRME:**

1. Naturaleza de lesi3n/enfermedad/accidente:

Autom3vil \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

2. Fecha del accidente \_\_\_\_\_

3. Lugar del accidente \_\_\_\_\_

4. 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**

5. ¿En qué clase de carro estaba usted? \_\_\_\_\_
6. ¿En dónde estaba sentado/a?  
\_\_\_\_ Conductor    \_\_\_\_ Pasajero delantero    \_\_\_\_ Detrás del conductor    \_\_\_\_ Detrás del pasajero
7. ¿Estaba usted viajando?  
\_\_\_\_ Norte    \_\_\_\_ Sur    \_\_\_\_ Este    \_\_\_\_ Oeste
8. ¿Estaba usted moviendo, o estaba detenido?    \_\_\_\_ Moviendo    \_\_\_\_ Estaba detenido
9. ¿Cuál era la velocidad aproximada a la que viajaba su vehículo?    \_\_\_\_\_ mph
10. Que parte del vehículo fue golpeado?  
\_\_\_\_ Por delante    \_\_\_\_ Por delante, izquierdo    \_\_\_\_ Por delante, derecha    \_\_\_\_ Trasero  
\_\_\_\_ Trasero, izquierdo    \_\_\_\_ Trasero, derecha OR  
\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_
11. Al momento del impacto yo estaba mirando:  
\_\_\_\_ Hacia adelante    \_\_\_\_ Hacia la izquierda    \_\_\_\_ Hacia la derecha
12. ¿Usted tenía puesto el cinturón de seguridad?    \_\_\_\_ Si    \_\_\_\_ No
13. ¿Su vehículo tenía bolsas de aire?    \_\_\_\_ Si    \_\_\_\_ No  
¿Las bolsas de aire se desplegaron?    \_\_\_\_ Si    \_\_\_\_ No
14. Fui lanzado/a después del impacto hacia:  
\_\_\_\_ Adelante    \_\_\_\_ Hacia atrás    \_\_\_\_ De lado a lado
15. Yo golpeé:  
\_\_\_\_ Tablero    \_\_\_\_ Cabecera    \_\_\_\_ Parabrisas    \_\_\_\_ Espejo retrovisor    \_\_\_\_ Puerta  
\_\_\_\_ Cinturón de seguridad    \_\_\_\_ Ventana lateral    \_\_\_\_ Volante    \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
16. ¿Qué parte del cuerpo usted se golpeó?  
\_\_\_\_ Cabeza    \_\_\_\_ Pecho    \_\_\_\_ Cara    \_\_\_\_ Rodillas    \_\_\_\_ Brazos    \_\_\_\_ Hombro  
\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
17. Yo tuve:  
\_\_\_\_ Cortadas    \_\_\_\_ Moretones    \_\_\_\_ Los dos  
en mí: \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_ Yo estuve    \_\_\_\_ No estuve    \_\_\_\_ Inconsciente en la escena del accidente.
19. Tuve:  
\_\_\_\_ Sordera momentaria    \_\_\_\_ Pérdida de balance    \_\_\_\_ Náusea    \_\_\_\_ Zumbido en los oídos  
\_\_\_\_ Visión borrosa    \_\_\_\_ Dolor inmediato    \_\_\_\_ Mareo

20. Fui retirado de la escena del accidente mediante:  
\_\_\_\_ Ambulancia    \_\_\_\_ Amigo/a    \_\_\_\_ Padres    \_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Al hospital    \_\_\_\_ A la casa    \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

21. ¿Cuándo fue que usted buscó atención médica debido este accidente por primera vez? \_\_\_\_\_  
¿A quién vió? \_\_\_\_\_

22. En (nombre del hospital) \_\_\_\_\_  
Fui examinado/a por \_\_\_\_\_

23. ¿Fue admitido/a?    \_\_\_\_ Si    \_\_\_\_ No

24. Fui examinado/a y administrado:  
\_\_\_\_ Rayos x    \_\_\_\_ Medicamentos    \_\_\_\_ Collar de cuello    \_\_\_\_ Aparato ortopédico    puntos de sutura  
\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

25. ¿Después de que fue dado de alta, usted que hizo?  
\_\_\_\_ Volver a casa y a la cama    \_\_\_\_ Volver al trabajo  
\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

26. 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 \_\_\_\_\_

27. 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? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- |  |  |
|--|--|
| A ___ Espalda media (dolor; rigidez)   | L ___ Dolor en el cuello, rigidez levantándose   |
| B ___ Espalda baja (dolor; rigidez)  | M ___ Dolor en la espalda baja, rigidez levantándose   |
| C ___ ¿Hinchazón?<br>¿Donde? _____   | N ___ ¿Dolor que se irradia hacia?<br>_____brazos _____piernas   |
| D ___ Restricción del movimiento del cuello  | O ___ Dificultad levantando<br>_____ Liviano _____ moderado  |
| E ___ Dolor y rigidez en la espalda alta   | F ___ Sensación de pinchazos en<br>_____brazos _____piernas  |
| F ___ Sensación de pinchazos en<br>_____brazos _____piernas                                | G ___ Adormecimiento en<br>_____dedos _____brazos _____piernas   |
| G ___ Adormecimiento en<br>_____dedos _____brazos _____piernas                             | H ___ Dolor de cabeza  |
| H ___ Dolor de cabeza  | I ___ Dolor en el cuello   |
| I ___ Dolor en el cuello   | K ___ Dificultad excesiva para<br>_____pararse _____ caminar<br>_____montar _____ doblarse   |
| K ___ Dificultad excesiva para<br>_____pararse _____ caminar<br>_____montar _____ doblarse | P ___ Dolor que se irradia hacia:<br>_____ Neck/ cuello<br>_____ Base del cráneo<br>_____ Brazos<br>_____ Caderas<br>_____ Piernas |

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

- A. \_\_\_\_\_
- B. \_\_\_\_\_
- C. \_\_\_\_\_
- D. \_\_\_\_\_
- E. \_\_\_\_\_

30. Mis síntomas se agravan debido a:

- \_\_\_\_\_ Caminar    \_\_\_\_\_ Permanecer parado    \_\_\_\_\_ Levantar peso    \_\_\_\_\_ Voltearse    \_\_\_\_\_ Trabajar  
\_\_\_\_\_ Permanecer sentado    \_\_\_\_\_ Practicar deportes    \_\_\_\_\_ Permanecer acostado    \_\_\_\_\_ Ejercicio  
\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

31. Mis síntomas mejoran debido a:

- \_\_\_\_\_ Descanso    \_\_\_\_\_ Medicamentos    \_\_\_\_\_ Reposo en cama    \_\_\_\_\_ Paquetes de hielo  
\_\_\_\_\_ Baños de agua caliente    \_\_\_\_\_ Aspirina  
\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

32. Medicamentos que toma actualmente relacionado con tus lesiones:

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

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

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del doctor \_\_\_\_\_  
Dirección del doctor \_\_\_\_\_

34. Yo \_\_\_\_\_ he podido o \_\_\_\_\_ no he podido trabajar desde el accidente.  
Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

35. ¿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: \_\_\_\_\_

36. Yo \_\_\_\_\_ he estado o \_\_\_\_\_ no he estado involucrado en otros accidentes automovilísticos.

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

\_\_\_\_\_

37. 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

38. ¿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 \_\_\_\_\_

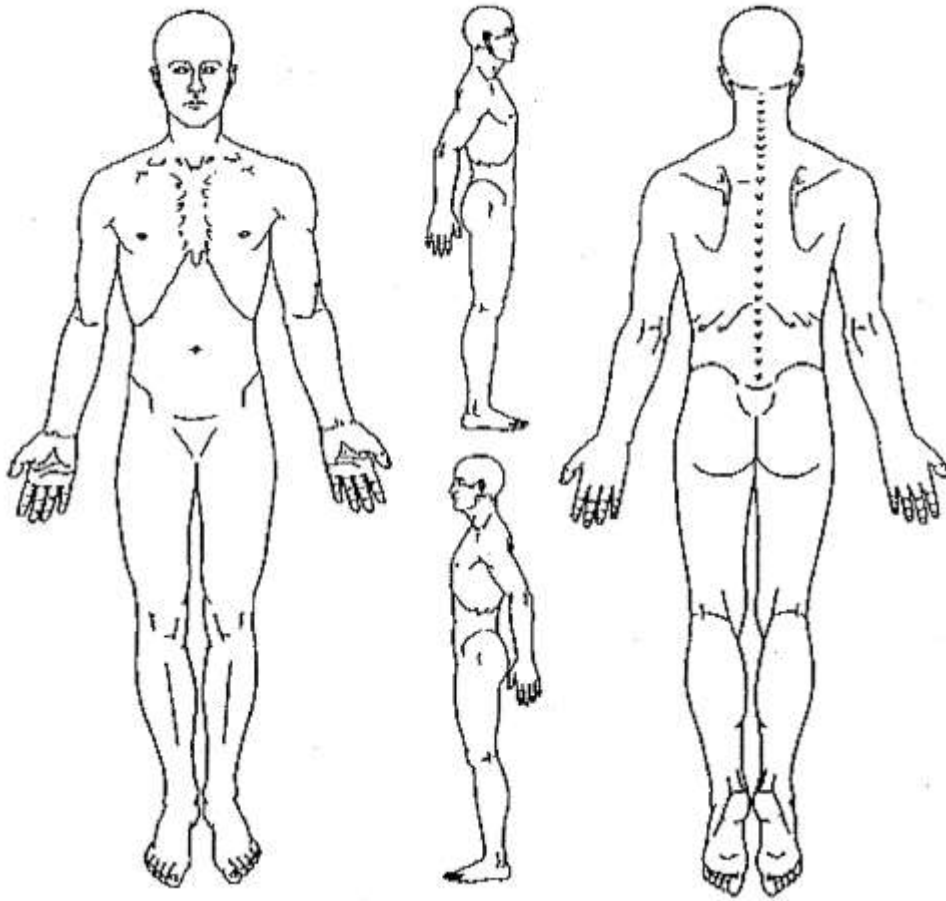
Report fee paid \_\_\_\_\_

**DIAGRAMA DE QUEJAS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Desde cuando ha tenido este dolor \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años

*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**