

## Formulario de Cuestionario Médico

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Enviar nota?

Médico referente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ S/N

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ S/N

Farmacia: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Queja principal:** \_\_\_\_\_

Parte del cuerpo afectada: \_\_\_\_\_ Lado del cuerpo (círcule): Derecha Izquierda Ambos

Dominio de la mano izquierda o derecha (círcule): Derecha Izquierda

Fecha en que comenzaron los síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**¿Hubo una lesión? (círcule): SI / NO    Compensación de trabajadores (círcule): SI / NO**

Si ocurrió una lesión, ¿cómo sucedió?

---



---

Especifique síntomas actuales (dolor/entumecimiento/hormigueo/etc.):

---

Si tiene dolor, ¿dónde se localiza?

---

¿Qué actividades o posiciones corporales empeoran los síntomas? (Ejemplo: caminar, correr, levantar brazo por encima de la cabeza)

---



---

¿Has tenido tratamiento previo? (Ejemplo: Inyecciones, cirugía, fisioterapia)

---



---

¿Te has hecho pruebas previas? (Radiografías, laboratorios, tomografía computarizada, resonancia magnética, electromiografía)

---



---



# TRINITY

ADULT AND PEDIATRIC ORTHOPEDIC SPECIALISTS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Liste los **medicamentos** que está tomando:

Medicación	Dosis	Frecuencia	Medicación	Dosis	Frecuencia
1.)			6.)		
2.)			7.)		
3.)			8.)		
4.)			9.)		
5.)			10.)		

## Historial Médico:

Marque si alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos en el pasado:

Enfermedades graves		Enfermedades graves	
Adicción al alcohol	<input type="checkbox"/>	Nefropatía	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	Neuropatía	<input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/>
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>
Cáncer: Tipo:	<input type="checkbox"/>	Enfermedad psiquiátrica/mental	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Reflujo ácido	<input type="checkbox"/>
Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	Ruptura de úlceras cutáneas	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	Uso de esteroides	<input type="checkbox"/>
Úlceras gástricas	<input type="checkbox"/>	Artritis inflamatoria (GOUT)	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>
Arritmia del corazón/Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis - TB	<input type="checkbox"/>
Infarto	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	Infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	Trastornos de las válvulas (corazón)	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	Problemas de cicatrización de heridas	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	TDA/TDAH	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	Síndrome del intestino irritable	<input type="checkbox"/>
Adicción a las drogas	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>
Síndrome de down	<input type="checkbox"/>	SARM (MRSA)	<input type="checkbox"/>

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Enfermedades graves		Enfermedades graves	
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Crohn/ Colitis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>
Hernia	<input type="checkbox"/>	Otro: Especificar:	<input type="checkbox"/>

Por favor, especifique cualquier otra condición médica no mencionada arriba: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna **alergia** con algún medicamento/sustancia? SI  NO

En caso afirmativo, haga una lista de sus alergias y reacciones a medicamentos o sustancias: \_\_\_\_\_

## Cirugías/Operaciones

Por favor, haga una lista de las **operaciones/cirugías** que haya tenido:

Cirugía/Motivo	Año	Cirugía/Motivo	Año
1.)		5.)	
2.)		6.)	
3.)		7.)	
4.)		8.)	

## Historia médica familiar

Por favor, haga una lista de todas las enfermedades graves que afectan familia inmediata:

Enfermedad médica	Relación	Enfermedad médica	Relación
1.)		6.)	
2.)		7.)	
3.)		8.)	
4.)		9.)	
5.)		10.)	



# TRINITY

ADULT AND PEDIATRIC ORTHOPEDIC SPECIALISTS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Historia Social

Descripción	Uso	Tipo	Frecuencia	Cantidad	Años
Consumo Alcohol	S/N				
Uso de cigarrillos	S/N				
Consumo de drogas ilícitas	S/N				
Uso de tabaco sin humo	S/N				

## Revisión de síntomas

Por favor, marque todo lo que corresponda:

Síntoma	<input type="checkbox"/>	Síntoma	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Hinchazón	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	Latidos cardíacos rápidos	<input type="checkbox"/>
Cortes que no dejan de sangrar	<input type="checkbox"/>	Hormigueo	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de las piernas	<input type="checkbox"/>
Moretones frecuentes y fáciles	<input type="checkbox"/>	Heces alquitranadas	<input type="checkbox"/>
Micción frecuente	<input type="checkbox"/>	Micción urgente	<input type="checkbox"/>
Arritmia	<input type="checkbox"/>	Vómito	<input type="checkbox"/>
Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	Problemas de cicatrización de heridas	<input type="checkbox"/>
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>

Liste cualquier otro proveedor especializado que usted consulte por otras afecciones relacionadas con la salud:

Nombre del doctor	Razón	Teléfono	Dirección	Número de fax (si está disponible)
1.)				
2.)				
3.)				
4.)				
5.)				



# TRINITY

ADULT AND PEDIATRIC ORTHOPEDIC SPECIALISTS

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## Acuerdo de precisión

La información proporcionada en este formulario de historial es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma por un menor, escriba el nombre del paciente: \_\_\_\_\_