

Medico de OSMC: _____ Fecha de Cita: _____ Doctor de Familia: _____

HISTORIAL MÉDICA Y EXPLORACIÓN ORTOPÉDICA

Fecha: _____ Necesito Interprete Idioma: _____

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

● **Historial de Medicamento:** Por favor escriba el nombre de todo medicamento (incluyendo con receta, vitaminas, herbal, suplemento, sin receta y anticonceptivos) lo cual actualmente esta tomando.

Actualmente **NO** tomo ningún medicamento.

Droga/Medicina	Cantidad/Dosis	Frecuencia	Droga/Medicina	Cantidad/Dosis	Frecuencia
(Ejemplo) Aspirina	81mg	1 tableta dos veces al día			

● **Alergias de Droga:** Por favor indique toda alergia de droga y anestético. No tengo alergia conocida.

Droga/Otro	Reacción	Droga/Otro	Reacción

● **Cirugías Ortopédicas:** Por favor incluya todas las cirugías ortopédicas que ha tenido en su vida.

Fecha	Cirugía/Procedimiento	Lugar/Medico

● **Procedimientos Intervencionales de Dolor:** (Epidural de dolor, Radiofrecuencia, NeuroEstimulador, Pompa Implantable de Dolor, etc.)

Droga/Otro	Cirugía/Procedimiento	Lugar/Medico

● **Otras Hospitalizaciones/Procedimientos:** Por favor incluya otras cirugías o hospitalizaciones que ha tenido en su vida.

Fecha/Edad	Cirugía/Procedimiento/Hospitalización

● **Anestesia:** Por favor marque cual de las siguientes condiciones ha tenido o tiene ahora:

- Reacción previa de anestesia. Por favor indique el tipo de reacción que tuvo: _____
- Un pariente ha tenido una reacción a la anestesia. Por favor indique el tipo de reacción: _____
- Yo uso dentadura postiza.

● **Alergias**

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

- Por favor indique que causo su reacción: _____
- Tipo de reacción: _____
- Usa otros artículos de goma sin reacción? Si No _____
- Ha tenido análisis de sangre alergia al látex? Si No Fecha: _____ Resultados: _____

Sensibilidad al Metal

- Yo he tenido o tengo ahora reacciones repetidas al metal. Si No
- Por favor indique que causo su reacción: _____
- Tipo de reacción: _____

● **Fracturas/Dislocaciones:** Por favor escriba cualquier fractura o dislocación con la fecha o edad aproximada cuando ocurrió.

Fracturas/Dislocaciones	Fecha/Edad Aproximada

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

● **Historial Músculo Esquelética:** Por favor marque cualquier de las siguientes condiciones que ha tenido o tiene ahora:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amputaciones | <input type="checkbox"/> Enfermedad Degenerativa de Articulaciones | <input type="checkbox"/> Infección de Articulación | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Articulaciones Dislocados | <input type="checkbox"/> Quiste Conocido del Hueso | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Huesos Frágiles | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Dolor/Problemas del Cuello | <input type="checkbox"/> Disco Roto/Ciática |
| <input type="checkbox"/> Deformidad del Pecho | <input type="checkbox"/> Gota/Gota Seudo | <input type="checkbox"/> Osteomielitis/Infección de Hueso | <input type="checkbox"/> Curva Espinal/Escoliosis |

● **Historial Medico:** Si ha tenido o tiene cualquier enfermedad significativa, por favor marque la condición o escribala si no esta incluida abajo:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Periférico Vascular (PVD) | <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos Tipo: _____ Modelo: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> AICD (Desfibrilador Cardiaco Interno Automático) Tipo: _____ Modelo: _____ | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral/CVA | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sangrado Gastrointestinal | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 Controlado por: _____ | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño | |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> Usa maquina C-PAP o Bi-Pap | |
| <input type="checkbox"/> Alto Colesterol | | |
| <input type="checkbox"/> MI/Ataque al Corazón | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria Arterial (CAD) | | |
- Otro: _____

Infecciones Resistentes a Drogas:

- | | | |
|-------------------------------|--------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> TB | Fecha: _____ | Detalles: _____ |
| <input type="checkbox"/> MRSA | Fecha: _____ | Detalles: _____ |
| <input type="checkbox"/> VRE | Fecha: _____ | Detalles: _____ |

● **Historial General:**

- | | | | | |
|---|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Colitis/Crohn's/ Colitis Ulcerativa | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Neuropatía Periférico | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's/Demencia | <input type="checkbox"/> Fallo Cardiaco Congestivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Culebrilla |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Polio | |
| <input type="checkbox"/> Desorden de Vejiga | <input type="checkbox"/> Síndrome del Down | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón/Renal | |
| <input type="checkbox"/> Desorden Sanguíneo | <input type="checkbox"/> Enfisema/COPD | <input type="checkbox"/> Miastenia Gravis | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumático | |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Golpe a la Cabeza | <input type="checkbox"/> Ulcera Péptica | <input type="checkbox"/> Desorden de Convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Desorden del Oído | <input type="checkbox"/> Hepatitis: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | | |
- Otro: _____

Quien es su cardiólogo? _____ **NO** tengo cardiólogo.

Fecha de la última vacuna del tétano: _____

Historial de Salud de la Mujer: Edad al inicio de menstruación: _____ Edad al inicio de menopausia: _____

● **Historial Social:**

Por favor indique su uso aproximado de lo siguiente:

✦ **Uso de Tabaco**

Tabaco: No Si [Cigarrillos Cigarro Tabaco de Masticar]
 Numero de Paquetes por día _____ Hace cuanto tiempo? _____ Fecha que lo dejo: _____

✦ **Uso de Alcohol**

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

✦ **Uso de Droga**

Uso de otras sustancias/droga recreativa: No Si Tipo: _____ Fecha que lo dejo: _____

✦ **Uso de Cafeína**

Bebidas de Cafeína: No Si Numero de bebidas al: Día Semana Mes _____

✦ **Ambiente de Hogar**

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un nivel | <input type="checkbox"/> Varios Pisos | <input type="checkbox"/> Apartamento con escalones | <input type="checkbox"/> Apartamento de primer piso |
| <input type="checkbox"/> Vive solo | <input type="checkbox"/> Vive con pareja/parientes | <input type="checkbox"/> Vivienda Asistida | <input type="checkbox"/> Asilo de Ancianos |
| <input type="checkbox"/> Vive con otro adulto que pueda cuidarlo | <input type="checkbox"/> Cuidador de persona vive en mi hogar | | |

✦ **Ambiente de Trabajo**

Tiempo Parcial Tiempo Completo Por Propia Cuenta Desempleado Jubilado Ocupación: _____

Estudiante: Tiempo Completo Tiempo Parcial A que escuela atiende? _____

Escriba cualquier deporte en cual participa _____

● **Historial de Familia:** Por favor indique todas las condiciones médicas de su padre, madre o hermanos.

Historial de Familia Desconocida

Pariente	Condición Medica	Si falleció: Causa y Edad de Muerte