HAND TO SHOULDER SPECIALISTS OF WISCONSIN

Información Del Historial Del Paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Ocupación _____ Género _____

Es usted diestro o zurdo? (Circule uno)

El estado civil _____

Lesion/Queja _____

Sintomas/quejas actuales _____

Fecha de la lesión o Inicio de los síntomas: _____

Visita de emergencia reciente/ubicacion/flecha _____

Por favor, haga una lista de todos mis medicamentos actuales, incluyendo los que no necesitan receta

Utiliza medicamentos para controlar el dolor? Sí__ No__

Sí es así, que medicamentos? Quien la receto _____

Por favor enumere todas sus cirugias anteriores, enfermedades graves y/o lesiones (incluso aquellos)

Por favor, enumere todas las alergias, incluyendo alimentos, medicamentos, látex, cinta adhesiva, etc.

Alguna vez has tenido problema con anestesia _____ Sí _____ No

Sí es así, explique _____

Usas o has usado tabaco alguna vez? _____ Sí _____ No

Bebes alcohol? Sí__ No__ Cantidad al dia _____

Consumes cafeína? Sí__ No__ Cantidad al dia? _____

Usas o has usado drogas para uso recreativo o para fines no recetados? _____ Sí _____ No

Que _____ Cuanto _____

Usado por ultima vez? _____

Altura: _____

Peso: _____

Actualmente tiene o has tenido lo siguiente (circula si o no)

Alergias

Sí _____ No _____

Cancer

Sí _____ No _____

Estas embarazada?

Sí _____ No _____

Estas actualmente amamantando so bebe?

Sí _____ No _____

Respiratorio:

Problemas respiratorios

Sí _____ No _____

Asma/Dificultad para respirar

Sí _____ No _____

Tuberculosis/Neumoria

Sí _____ No _____

Cardiovascular:

cardiopatía

Sí _____ No _____

Inarto de micocadio

Sí _____ No _____

hipertensión

Sí _____ No _____

Dolor de pecho

Sí _____ No _____

Hematológica:

Trastorno sanguíneo / Anemia

Coagulos de sangre/Anafilaxia falciforme

Sí _____ No _____

GI:

Hepatitis/HIV

Sí _____ No _____

Trastornos estomacales/Úlcera estomacal

Sí _____ No _____

Enfermedad hepática

Sí _____ No _____

GU:

Trastornos urinarios y renales/Trastornos urinarios/Trastornos renales

Sí _____ No _____

Problemas/Enfermedades genitales

Sí _____ No _____

Neurológica:

trastornos nerviosos

Sí _____ No _____

Trastornos mentales

Si _____ No _____

Debilidad/Entumecimiento/Temblores

Sí _____ No _____

dolores de cabeza

Sí _____ No _____

Convulsiones

Sí _____ No _____

ataque

Sí _____ No _____

Hematológica:

Diabetes

Sí _____ No _____

Enfermedad de la tiroides _____

Sí _____ No _____

El sistema tegumentario:

Sí _____ No _____

Tegumentario

Sí _____ No _____

Musculoesquelético:

Problemas musculares y óseos

Sí _____ No _____

Osteoporosis

Sí _____ No _____

Osteoartritis or Artrosis

Sí _____ No _____

ENT:

Problemas de oídos/nariz/ojos

Sí _____ No _____

Alguien en su familia ha parecido de las condicionesmencionada?

Sí _____ No _____

Explicar _____

Firma: _____

Fecha _____

Revisado por _____

Fecha _____