

# Admisión y Historial

DATOS DE PACIENTE				
Nombre (Apellido, Primer,)	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:	Edad:	
Dirección	Apt.	Ciudad	Estado	Código
Teléfono (Cell)	Servicio*	Teléfono (Otro)		
Correo*	Seguro Social			
Occupación	Empleador			
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Nombre del Cónyuge	Teléfono	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia		
Nombre del Contacto de Emergencia	Teléfono	Relación		
* Su correo electrónico y número de teléfono no se compartirán. Se utiliza para anuncios ocasionales y recordatorios de citas.				
<b>Causa de Condición</b>	<input type="checkbox"/> Lesión/Trauma	<input type="checkbox"/> Vehículo de Motor	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otro

QUEJA PRINCIPAL:			Fecha de inicio:		
Seleccione <b>UNO</b>	<input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Mitad de Espalda <input type="checkbox"/> Espalda Baja <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Otro:			Escala de Dolor: (1-Mejor a 10-Peor)	
Seleccione Todos	<input type="checkbox"/> Afilado <input type="checkbox"/> Entumecido <input type="checkbox"/> Ardiente <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> Tieso <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Embotado <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Adolorido <input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche	
¿Irradia Dolor?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Dedos <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Dedos de Pies		
Molesto Seleccione Todos	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Manejando <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Doblando Adelante <input type="checkbox"/> Rotación Izquierda <input type="checkbox"/> Dolando al Lado Izquierda		<input type="checkbox"/> Doblando Atrás <input type="checkbox"/> Rotación Derecho <input type="checkbox"/> Dolando al Lado Derecho	
Allevio Seleccione Todos	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Manejando <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Doblando Adelante <input type="checkbox"/> Rotación Izquierda <input type="checkbox"/> Dolando al Lado Izquierda		<input type="checkbox"/> Doblando Atrás <input type="checkbox"/> Rotación Derecho <input type="checkbox"/> Dolando al Lado Derecho	
NUEVEAS LESIONES (Si, si explique):					

QUEJA ADICIONAL:						
Seleccione <b>UNO</b>	<input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Mitad de Espalda <input type="checkbox"/> Espalda Baja <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Otro:				Escala de Dolor: (1-Mejor a 10-Peor)	
Seleccione Todos	<input type="checkbox"/> Afilado <input type="checkbox"/> Entumecido <input type="checkbox"/> Ardiente <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> Tieso <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Embotado <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Adolorido <input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Otro:				<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche	
¿Irradia Dolor?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Dedos <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Dedos de Pies			
Molesto Seleccione Todos	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Manejando <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Doblando Adelante <input type="checkbox"/> Rotación Izquierda <input type="checkbox"/> Dolando al Lado Izquierda		
Allevio Seleccione Todos	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Manejando <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Doblando Adelante <input type="checkbox"/> Rotación Izquierda <input type="checkbox"/> Dolando al Lado Izquierda		
¿Cómo ocurrió la lesión?						<input type="checkbox"/> Desconocido

QUEJA ADICIONAL:						
Seleccione <b>UNO</b>	<input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Mitad de Espalda <input type="checkbox"/> Espalda Baja <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Otro:				Escala de Dolor: (1-Mejor a 10-Peor)	
Seleccione Todos	<input type="checkbox"/> Afilado <input type="checkbox"/> Entumecido <input type="checkbox"/> Ardiente <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> Tieso <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Embotado <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Adolorido <input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Otro:				<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche	
¿Irradia Dolor?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Dedos <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Dedos de Pies			
Molesto Seleccione Todos	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Manejando <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Doblando Adelante <input type="checkbox"/> Rotación Izquierda <input type="checkbox"/> Dolando al Lado Izquierda		
Allevio Seleccione Todos	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Manejando <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Doblando Adelante <input type="checkbox"/> Rotación Izquierda <input type="checkbox"/> Dolando al Lado Izquierda		
¿Cómo ocurrió la lesión?						<input type="checkbox"/> Desconocido

## Historial del Paciente

### Enfermedad Infantil:

Sarampión     
  Paperas     
  Rubéola     
  Varicela     
  Fiebre Reumática     
  Polio

Inmunización y Fechas:	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Hepatitis
	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> MMR ( <i>Sarampión, Paperas, Rubéola</i> )

### Enumere cualquier problema de salud DIAGNOSTICADO.

1.	Año	5.	Año
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

### Cirugías Ninguna

Año	Razón

### Hospitalizaciones Ninguna

Año	Razón

### Fecha de las últimas radiografías (últimas 24 meses): Razón de Radiografías: Ninguna

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?  Sí     No

### Liste cualquier medicamento recetado y en el mostrador actual. Incluya Vitaminas y Inhaladores.

Nombre	Razón	Fecha
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

### Alergias Ninguna

1.	4.
2.	5.

### HÁBITOS DE SALUD

Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sedentarios (No ejercicio)		
	<input type="checkbox"/> Leve ejercicio (e.j., stretching, climb stairs, walk 3 blocks, golf)		
	<input type="checkbox"/> Ejercicio Moderado (e.j. menos de 4x/semana por 30 min.)		
	<input type="checkbox"/> Ejercicio Regular (e.j. mas de 4x/semana por 30 min.)		
Dormir	¿Dificultad para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Desperta en la noche por el dolor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Desperta en la noche para ir al baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Calidad de sueño? <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Justo <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Excelente	¿Horas de sueño?	
Dieta	¿Estás en una dieta especial o programa de adelgazamiento?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Cuántas comidas al día?	¿Cuántos bocadillos al día?	
	Sal	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
	Grasa	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
	Proteína	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
	Carbohidratos (pan, pasta, ec.)	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
	Azúcar (bocadillos, bebidas, comida)	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
	Cafeine	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
	Agua	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
Alcol	¿Usted consume alcol?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Seleccione qué tipo.	<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Licor <input type="checkbox"/> Otro	
	¿Cuántas bebidas por semana?		
Tabaco	¿Actualmente consume tabaco?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Seleccione qué tipo.	<input type="checkbox"/> Cigarillo <input type="checkbox"/> Masticar <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Otro	
	¿Cuántas veces al día?	Cuántos años?	
	¿Ha fumado anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuántos años?	
Drogas	¿Usa drogs de forma recreativa? (Enumere)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	1.	3.	
	2.	4.	
Sexo	¿Es sexualmente activo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Si, si está tratando de quedar embarazada?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Está usando actualmente un anticonceptivos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Si, si qué tipo?		
	¿Cualquier molestia durante el coito?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salud Mental	¿Es el estrés un problema para usted?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Entra en pánico cuando está estresado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene un alto nivel de ansiedad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene ataques de pánico?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene algún trastorno de alimentación?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene dificultad para dormir?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Se siente deprimdo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Ha pensado o tentado al suicidio?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ah pensado en lastimarse a si mismo o ah intentado lastimarse, o ah los demás?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ah estado en un consejo, therapeuta, psicólogo, o psiquiatra?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Pase a la página siguiente.

<b>MUJERES SOLAMENTE</b>			
Edad e inicio de la menstruación:			
Fecha de última menstruación:	Período cada _____ días.		
¿Número de embarazos?	¿ Número de nacidos vivos?		
¿Estás o tal vez embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Estás tratando de quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Estás amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Menstruacione abundantes, irregularidades, salpicaduras, dolor, o secreción?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido D&C (Dilatación y Curetaje)? <i>Si, si propocione la fecha.</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido una histerectomía? <i>Si, si propocione la fecha.</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido una Cesárea (C-section)? <i>Si, si propocione la fecha.</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Siente dolor o ardor al orinar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Cualquier infección del tracto urinario, vejiga, o riñon en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Sangre en la orina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Cualquier problema con el control de la orina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Sofocos o sudores nocturnos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Tienes dolor menstrual excesivo, dolores de cabeza u otros síntomas en o alrededor del period menstrual?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Culaquier dolor reciente en los senos, bultos, o secreción del pezón?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Fecha del último examen pélvico ( <i>si, es anormal, explique?</i> )			

<b>VARONES SOLAMENTE</b>			
¿Desperta en la noche para ir al baño?	Si, si cuantas veces: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Siente dolor o ardor al orinar?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Sangre en la orina?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Siente la secreción de quemaduras del pene?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha disminuido la fuerza de su orinación?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido algún problema de riñon, vejiga, o próstata en los últimos 12 meses?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún problema para vaciarla vejiga por completo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna difiltad con la erección o la eyaculación?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Algún dolor testicular o hinchazón?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Fecha del último examen rectal?			

<b>OTHER</b>			
Check if you have or had any symptoms in the following areas to a significant degree and briefly explain.			
<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Cabeza/Cuello	<input type="checkbox"/> Orejas	
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/> Pulmones	
<input type="checkbox"/> Pecho/Corazón	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Intestinos	
<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Entrañas	<input type="checkbox"/> Circulación	
Señalar si hay algún cambio en el siguiente.			
<input type="checkbox"/> Peso	<input type="checkbox"/> Energía	<input type="checkbox"/> Dormir	<input type="checkbox"/> Otro:
¿Pérdida complete del control de la vejiga (incontinencia urinaria)? <i>¿Si, si cuándo?</i>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Pérdida complete del control de las entrañas (incontinencia fecal)? <i>¿Si, si cuándo?</i>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**FAMILY HISTORY**

¿Eres adoptado?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Madre</b>	Enumere todos los problemas de salud importante.	3.	<input type="checkbox"/> Desconocido
	1.	4.	
	2.	5.	
<b>Padre</b>	Enumere todos los problemas de salud importante.	3	<input type="checkbox"/> Desconocido
	1.	4.	
	2.	5.	
<b>Abuela (Materna)</b>	Enumere todos los problemas de salud importante.	3.	<input type="checkbox"/> Desconocido
	1.	4.	
	2.	5.	
<b>Abuelo (Materna)</b>	Enumere todos los problemas de salud importante.	3.	<input type="checkbox"/> Desconocido
	1.	4.	
	2.	5.	
<b>Abuela (Paternal)</b>	Enumere todos los problemas de salud importante.	3.	<input type="checkbox"/> Desconocido
	1.	4.	
	2.	5.	
<b>Abuelo (Paternal)</b>	Enumere todos los problemas de salud importante.	3.	<input type="checkbox"/> Desconocido
	1.	4.	
	2.	5.	
<input type="checkbox"/> <b>Hermanos</b> <input type="checkbox"/> <b>Niño</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b>	Edad: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	1.	4.	
	2.	5.	
<input type="checkbox"/> <b>Hermanos</b> <input type="checkbox"/> <b>Niño</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b>	Edad: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	1.	4.	
	2.	5.	
<input type="checkbox"/> <b>Hermanos</b> <input type="checkbox"/> <b>Niño</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b>	Edad: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	1.	4.	
	2.	5.	
<input type="checkbox"/> <b>Hermanos</b> <input type="checkbox"/> <b>Niño</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b>	Edad: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	1.	4.	
	2.	5.	
<input type="checkbox"/> <b>Hermanos</b> <input type="checkbox"/> <b>Niño</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b>	Edad: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	1.	4.	
	2.	5.	
<input type="checkbox"/> <b>Hermanos</b> <input type="checkbox"/> <b>Niño</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b>	Edad: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	1.	4.	
	2.	5.	

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_