

Nombre: _____

Fecha: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ Peso: _____

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA

¿Por qué visita hoy al médico? _____

¿Le han tratado este problema antes? Sí No

Fecha de la lesión/Aparición del problema _____

El problema actual es resultado de: *Marque todas las que correspondan:*

Accidente automovilístico Accidente en el trabajo Otro (*especifique*) _____

HISTORIA CLÍNICA

¿Recibe usted tratamiento en la actualidad, o ha recibido tratamiento antes, para alguna de las siguientes afecciones?

- | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Defectos congénitos | <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga | <input type="checkbox"/> Sangrado o moretones | <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Problemas de los pulmones | <input type="checkbox"/> Flebitis | <input type="checkbox"/> Infección de MRSA/estafilococos | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica | <input type="checkbox"/> Poliomielitis |
| <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> Tipo de úlcera _____ | <input type="checkbox"/> Problemas psicológicos |

¿Hay otros trastornos de los que debamos estar informados? _____

¿Es usted derecho o zurdo? Derecho Zurdo ¿Hace ejercicio o practica algún deporte con regularidad? Sí No

¿Está o podría estar embarazada? Sí No Tipo y frecuencia: _____

MEDICAMENTOS *Escriba aquí todos los medicamentos que toma, con o sin receta (use una hoja adicional si es necesario)*

Nombre del medicamento	Dosis / cantidad por día	Motivos por los que lo toma

ALERGIAS *Describe sus reacciones alérgicas actuales y anteriores*

Alergia a (medicamento)	Reacción (comezón, tos, urticaria, etc.)	¿Cómo se ha tratado/se trata la reacción?

NO TENGO alergias a medicamentos

CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES

- | | | | |
|---|-----------|--------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Artroscopía _____ | Año _____ | Médico _____ | ¿Complicación? _____ |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación _____ | Año _____ | Médico _____ | ¿Complicación? _____ |
| <input type="checkbox"/> Reconstrucción de hueso o articulación _____ | Año _____ | Médico _____ | ¿Complicación? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la columna _____ | Año _____ | Médico _____ | ¿Complicación? _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de cirugía _____ | Año _____ | Médico _____ | ¿Complicación? _____ |
| _____ | Año _____ | Médico _____ | ¿Complicación? _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras hospitalizaciones _____ | Año _____ | Médico _____ | ¿Complicación? _____ |

NO HE TENIDO cirugías ni hospitalizaciones

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿A su madre, padre, abuelos, hermanos(as) le han tratado actual o anteriormente alguna de las siguientes afecciones?

- | | | | |
|---|---|---|------------|
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Muerte súbita | _____ |

ANTECEDENTES SOCIALES

- ¿Fuma usted o mastica tabaco? Sí No Cantidad: _____ paquetes por día durante _____ años
- ¿Consumo bebidas alcohólicas? Sí No Cantidad y frecuencia: _____
- ¿Usa drogas con fines recreativos? Sí No Tipo y frecuencia: _____

ANAMNESIS SISTEMÁTICA Entre los siguientes síntomas, marque los que haya tenido con regularidad:

GENERALES

- Fiebre
- Cambio de peso
- Problemas hormonales
- Otro _____
- NINGUNO

CARDIOVASCULARES

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Líquido/hinchazón en las extremidades
- Otro _____
- NINGUNO

RIÑÓN/VEJIGA

- Dolor al orinar
- Orina frecuente
- Incontinencia
- Otro _____
- NINGUNO

OJOS

- Gafas/lentes de contacto
- Cataratas
- Glaucoma
- Otro _____
- NINGUNO

RESPIRATORIOS

- Falta de aliento
- Apnea del sueño
- Sibilancias
- Otro _____
- NINGUNO

OÍDOS, NARIZ, GARGANTA GASTROINTESTINALES

- Dificultad para tragar
- Dolor de oídos
- Alergias estacionales
- Dificultades con la audición
- Otro _____
- NINGUNO
- Acidez
- Diarrea/estreñimiento
- Dolor abdominal
- Náuseas/vómitos
- Otro _____
- NINGUNO

PIEL

- Sarpullido
- Bultos o tumores
- Otro _____
- NINGUNO

HEMATOLÓGICOS/LINFÁTICOS

- Anemia
- Problemas de la sangre
- Trastorno de la coagulación
- Problemas linfáticos
- Otro _____
- NINGUNO

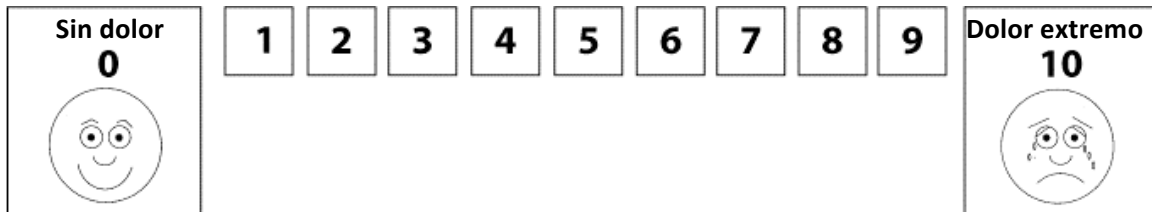
NEUROLÓGICOS

- Dolores de cabeza
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Convulsiones
- Debilidad
- Otro _____
- NINGUNO

PSICOLÓGICOS

- Ansiedad
- Depresión
- Cambios en el estado de ánimo
- Otro _____
- NINGUNO

Escala del dolor - Si tiene dolor, califique la intensidad del dolor en una escala del 1 al 10.



Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____

[] Brett M. Robinson, M.D.
13350 Franklin Farm Road
Suite 100
Herndon, Virginia 20171
(703) 234-1010
(703) 234-1301 FAX
Lunes - Viernes 6am-4pm

Commonwealth
Orthopaedics

Retornando a **su** vida.

[] Brett M. Robinson, M.D.
13350 Franklin Farm Road
Suite 220
Herndon, Virginia 20171
(703) 471-5300
(703) 471-4391 FAX
Lunes - Viernes 6am-4pm

SOLICITUD PARA REALIZAR CIRUGIAS Y OTROS PROCEDIMIENTOS

Por la presente le solicito al Dr. _____ y a quien sea designado como su asistente, que realice según _____, la siguiente cirugía o procedimiento

y en caso de que surgieran imprevistos durante la cirugía los procedimientos adicionales o diferentes, a los contemplados actualmente, y que a su juicio considere necesarios; también le solicito y lo/la autorizo a realizar lo que el o ella considere aconsejable.

Me ha sido explicado, la naturaleza y el propósito de la operación, los posibles métodos alternativos de tratamiento, los riesgos implicados y la posibilidad de que surjan complicaciones.

Se me ha informado que existen otros riesgos relacionados con el desarrollo de todo procedimiento quirúrgico. Soy conciente de que la práctica de la medicina y de la cirugía no son ciencias exactas y reconozco que no se me han garantizado los resultados de mi examen o tratamiento.

Presto mi consentimiento para que las autoridades del Commonwealth Orthopaedics desechen toda parte o tejido que pueda ser removido.

Presto mi consentimiento para que se tome cualquier fotografía o se graben videos durante el curso la cirugía, con el fin de realizar avances en la educación médica.

Con el propósito de realizar adelantos en la educación médica, también presto mi consentimiento para que se admitan observadores en la sala de cirugía y para que participen los residentes de cirugía bajo la observación directa del cirujano que opera.

La ley promulgada en 1989 en el Estado de Virginia, autoriza a los proveedores del cuidado de la salud a realizar análisis a sus pacientes, cuando alguno de los proveedores de la salud estuvo expuesto a los fluidos del cuerpo del paciente y pudieran propagar una enfermedad infecciosa. Según esta ley, en el caso de que existiese dicha exposición, se considerará que usted presto su consentimiento para que se le realicen dichos análisis y para que se le muestren los resultados al proveedor del cuidado de la salud que pudiere haber estado expuesto. Sin embargo, será informado al respecto antes de que se realicen los análisis de sangre, se le explicará el análisis y se le dará la posibilidad de hacer las preguntas que pudiera tener.

Yo, _____ he leído y entendido este documento y me han respondido todas mis preguntas relacionadas a este procedimiento y a la cirugía.

Fecha _____ Hora _____ AM PM

Firma del Paciente _____ Testigo _____

Si el paciente es menor de edad o incapaz de prestar consentimiento:

Firma de la persona autorizada para prestar consentimiento en nombre del paciente _____

Relación con el paciente _____

Testigo _____

For office Use Only (Sólo para uso administrativo)