



Conservative Spine and Joint Center
Ruben Díaz, M.D.

FECHA de HOY

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ #ss _____
Tel: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____
Estatura _____ Peso _____ Raza _____ Masculino Femenino Estado Marital _____
Farmacia de Preferencia: _____ Tel: _____
Dirección: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____
Tel: _____

Referido por: _____ Tel: _____
Doctor Primario: _____ Tel: _____

¿Desea que los documentos médicos sean mandados a los doctores mencionados aquí? Si No

¿Es su dolor/problema relacionado a un accidente en el trabajo? Si No

¿Tiene usted un caso de "Workmans Comp" activo? Si No

¿Es su dolor relacionado a un accidente de carro? Si No

¿Tiene usted alguna acción legal en transacción relacionada a este problema? Si No

Si contesto que si a las preguntas anteriores, ¿tienen usted un abogado? Si No

Nombre del Abogado: _____ Tel: _____

Seguro de Salud Primario: _____ # de Póliza: _____
de Grupo _____ Tel. del Seguro: _____

Nombre del Asegurado Primario: _____ Relación al paciente: _____

de ss del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro de Salud Secundario: _____ # de Póliza: _____

de Grupo _____ Tel. del Seguro: _____

Nombre del Asegurado Primario: _____ Relación al paciente: _____

de ss del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo a mi doctor a divulgar cualquier información sobre mi condición médica, incluyendo incapacidad o información relacionada a mi trabajo en relación a mis reclamos con mi seguro(s), agente autorizado(s), o mi abogado(s) para el propósito de validar y delinear los beneficios pagables en conexión a mis gastos médicos. Yo entiendo que yo o mi representante autorizado podemos recibir copia de esta autorización si lo solicitamos. Yo autorizo pago directo por beneficios a mi médico. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos sean o no cubiertos por mi seguro de salud.

FIRMA: _____ FECHA: _____



Nombre del paciente: _____

HISTORIAL MEDICO:

HISTORIAL QUIRURGICO: (Por favor marque si usted ha tenido alguna de estas cirugías):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> NO HE TENIDO CIRUGIAS | <input type="checkbox"/> Cirugía de la espina (circule una))
cervical, torácica, lumbar | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía abdominal
Tipo de cirugía: _____ | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Senos, Tipo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Cirugía de la carótida |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia/Stents | <input type="checkbox"/> Colon | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula |
| <input type="checkbox"/> Cirugía vascular | <input type="checkbox"/> Cirugía de coronaria de corazón (CABG) | <input type="checkbox"/> Pacemaker/Defibrilador |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de hueso o articulaciones
Tipo de cirugía: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía del estómago para adelgazar | <input type="checkbox"/> Otra, explicar: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Dispositivo implantable | |

PROBLEMAS MEDICOS ACTUALES: (Por favor marque si usted ha tenido o tiene alguna de estas condiciones):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No he tenido ningún problema médico | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón | <input type="checkbox"/> Ulceras que sangran |
| <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Enfermedad Dental | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Reacción adversa a anestesia
Tipo de reacción: _____ | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's o pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Desorden Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Angina o dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Sickle cell |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia/sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Problema con la vejiga | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Maquina de CPAP |
| <input type="checkbox"/> Presión alta/Hipertensión | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en:
<input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Pulmones | <input type="checkbox"/> Infección: _____
MRSA? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> HIV o AIDS |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Fallo cardiaco congestivo |
| <input type="checkbox"/> Otra, explicar: _____ | <input type="checkbox"/> Fibrilación Atrial o Irregularidad de latidos cardiacos | |

HISTORIAL DE FAMILIA: (Por favor marcar si alguno de sus familiares inmediatos ha tenido lo siguiente):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> NO TENGO HISTORIAL FAMILIAR QUE REPORTAR | | |
| <input type="checkbox"/> Adoptado(a) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Reacción a anestesia | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar | <input type="checkbox"/> Otros, explicar: _____ | |

HISTORIAL DE TRABAJO:

Estado de trabajo actual: Trabaja tiempo completo Trabaja con turno restringido (desde: _____)
 Trabaja medio tiempo Incapacitado Estudiante Ama de casa Desempleado Retirado

Ocupación: _____ **Empleador:** _____

¿Perdió usted días de su trabajo debido a este problema/dolor? Si No ¿Cuándo? _____

¿Ha tenido usted dolor de cuello/adormecimiento del brazo/debilidad del brazo, antes de este episodio?

Si No ¿Cuándo? _____

¿Ha tenido usted dolor de espalda/adormecimiento de pierna/debilidad de pierna, antes de este episodio?

Si No ¿Cuándo? _____



Nombre del paciente: _____

HISTORIAL SOCIAL:

Estado Marital: Soltero(a) Casado(a) Pareja Divorciado(a) Viudo(a)

Pasa tiempos: _____

¿Fuma cigarrillos? Si, ___paquetes/día Nunca he fumado Deje de fumar hace _____

¿Mastica tabaco? Si No Si mastica, ¿cuantos por día? _____

¿Bebe alcohol? Si No, Si bebe, ¿cuánto y con qué frecuencia? _____

¿Ha tenido problemas con drogas ilícitas? Si, explique _____ No

PROBLEMA ACTUAL: _____

Fecha de la lesión/Accidente/Comienzo del problema: _____

Describe el dolor/problema con el que usted necesita ayuda: _____

¿Dónde está su problema localizado? Cuello Espalda alta Espalda baja Cadera

Pierna (derecha/izquierda) Brazo (derecho/izquierdo)

El dolor es: (Por favor circular todo lo que aplique): -Agudo -Punzante -Quemante -Rígido

-Late -Eléctrico -Se siente como hormigas -Se siente como agujas

¿Es el dolor constante o va y viene? _____

Mencione todas las cosas que ayudan a aliviar el dolor: _____

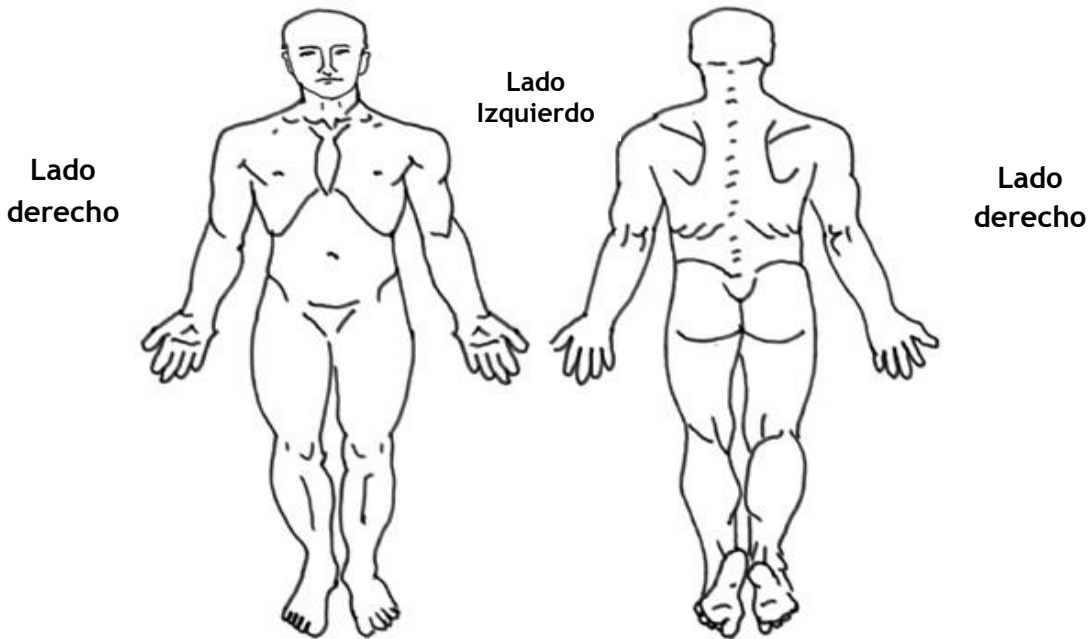
Mencione todas las cosas que hacen el dolor peor: _____

¿Ha usted recibido tratamiento para su dolor anteriormente? (i.e. medicamentos, terapia, inyecciones, cirugía) Si No Si respondió "si" por favor liste aquí todo lo que ha recibido _____

Exámenes que ha tenido con relación a su problema: (circular todo lo que aplique): rayos-x

CT-Scan MRI EMG/NCS DEXA Myelograma Discograma Otro: _____

Dibujo de Dolor: (Por favor marque en este dibujo las áreas de dolor):



Circular el nivel de dolor Hoy: 0=ninguno 10=peor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Nombre del paciente: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS:

(Por favor, circule abajo si usted tiene alguno de estos síntomas - también, dar una breve descripción.):

- 1. **constitucionales:** fiebre, reciente ganancia/pérdida de peso, problemas de apetito _____
- 2. **Ojos:** visión doble, borrosa, dificultad para ver _____
- 3. **Oídos, nariz, boca, garganta:** sordera, sinusitis, ronquera, mareos _____
- 4. **Cardiovascular:** dolor en el pecho, palpitaciones, soplo, latidos extra _____
- 5. **Respiratorios:** dificultad para respirar, jadeo, tos, tos sangrienta _____
- 6. **Gastrointestinales:** dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, sangrado rectal _____
- 7. **Urológico:** dolor al orinar, vacilante, sangrado, incontinencia _____
- 8. **Ginecológica:** masas en senos, dolor, _____
 *¿es sexualmente activa? Si No *¿utiliza control de natalidad? Si No
- 9. **Piel:** erupciones cutáneas persistentes o lesiones, cambios en lunares _____
- 10. **Neurológica:** convulsiones, pérdida de coordinación y equilibrio, debilidad, pérdida de memoria _____
- 11. **Psiquiátricos:** depresión, ansiedad, alucinaciones, dormir disturbios _____
- 12. **Sistema endocrino:** sed excesiva, orina excesiva, intolerancia calor/frío _____
- 13. **Sangre & linfático:** anemia, tendencias hemorrágicas, nódulos inflamados _____
- 14. **Alérgicas e inmunológicos:** urticaria, eczema, picazón persistente _____
- 15. **Musculo esqueléticas:** rigidez, dolor, deformidad, atrofia muscular, dolor de espalda se irradia a los brazos o las piernas entumecimiento/hormigueo _____
- 16. **Otros problemas no cubiertos:** _____

Medicamentos Actuales	Dosis
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

ALERGIAS a medicina y/o comida	REACCION
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

No tengo alergias

¿Es usted alérgico al látex? Si No Si alérgico, ¿Cuál es la reacción? _____

Firma del Paciente: _____	Fecha: _____
---------------------------	--------------