

HCA Physician Services
NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC
CUESTIONARIO DE HISTORIAL MEDICO

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Medico familiar: _____

Quien le envia a usted a nuestro consultorio?

PROBLEMA PRINCIPAL: (Exponer brevemente)

HISTORIAL

Edad: _____ Fecha de Nac.: _____ Sexo: Masc. Fem.

Derecho Zurdo

Patron: _____

Ocupacion: _____

Favor de describir el tipo de labores que desempeña:

Cuanto hace que tiene este problema? _____

Fecha de lesion: _____

Se lesiono en el trabajo? Si No

Ultimo dia laborado: _____

Existe o Habra litigio? Si No

Se lesiono en accidente de automovil? Si No

Trabaja actualmente? Si No

Le han sacado radiografias por este problema? Si No

Donde: _____

Es motivo de su visita hoy una segunda opinion? Si No

MEDICAMENTOS: (Enumere los nombres o tipos de medicamentos que usa actualmente)

HCA Physician Services
NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: (Ejemplo: penicilina, yodo, cinta, latex) _____

HISTORIAL MEDICO ANTERIOR

Tiene usted ahora, o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes:
(Favor de indicar todos los aplicables)

- Diabetes Hipertension Enfermedad cardiaca Convulsiones
- Fibromialgia Trastornos de la Sangre/Hemorragias Flebitis o coagulos
- Apnea del sueno Ulcera Hepatitis Embolia Cancer Enfisema
- Asma Dolores de cabeza Calculos renales Lesiones de consideracion Complicaciones por anesthesia Epilepsia Trastorno de la tiroides Otro _____

HISTORIAL DE CIRUGIAS

FECHA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO COMPLICACIONES

FAVOR DE LLENAR LOS DOS LADOS DEL FORMULARIO

HISTORIAL SOCIAL

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Uso de alcohol: No Si Tipo y cantidad por semana:

Uso de tabaco : No Si .Cuanto fuma? _____ .Por
cuantos anos? _____

HISTORIAL FAMILIAR

Enumere las enfermedades que se dan en su familia (ejemplo: diabetes, enfermedad cardiaca, hipertension, embolia, cancer, trastornos por hemorragias, asma, arthritis, tuberculosis, coagulos):

HCA Physician Services
NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC

ANALISIS DE SISTEMAS

(Favor poner un circulo alrededor de todos los sintomas positivos, agregando mas en su caso)

Constitucional: Fiebre, aumento/disminucion de peso, perdida de apetito

Ojos: Doble vision, vision borrosa, dificultad para ver

Corazon: Dolor de pecho, palpitaciones, ritmo irregular/acelerado, soplo, dificultad para respirar

GI: Hemorragia, almorranas, heces negras y pegajosas, vomito de sangre, dolor abdominal, hepatitis

Urinario: Frecuencia, dolor or dificultad al orinar, sangre en orina, incontinencia, calculos, infeccion

Piel: Ronchas, lesions que no sanan, cambios en lunares

Neurologico: Convulsiones, perdida de equilibrio/coordinacion, paralisis, debilidad o perdida de memoria

Psiquiatrico: Depresion, ansiedad, alucinaciones, trastornos del sueno

Endocrino: Exceso de sed, lupus, orinar en exceso, problemas de la tiroides, diabetes

Sangre y linfatico: Anemia, tendencia a hemorragia, nodulos hinchados

Alergias e inmunologico: Urticaria, eczema, prurito

Musculoesqueletico: Rigidez, dolor en articulaciones, deformidad, atrofia muscular, arthritis

(Favor de poner un circulo alrededor de la respuesta correspondiente)

Tiene usted problemas con el control de la vejiga o intestino? Si__No__

Le han hecho cirugia de la espalda o del cuello? Si__ No__

Cuales analisis le han realizado? CT MRI Radiografia EMG/VCN

Le han dado inyeccion de esteroides? Si No .Le ayudaron? Si__ No__

Describe el tipo y las caracteristicas de su dolor:

Persistente Ardiente Frio

Hormiguero Choque electrico Atenuado

Piquetitos Agudo Agonizante

Su dolor es: Intermitente Constante

Su dolor se pone peor estando: De pie Sentado Acostado Caminando

Agachandose Haciendo ejercicio

