Helson Pacheco-Serrant, MD

Cuestionario Médico

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____☐M ☐H **Fecha de Hoy:**_____

Motivo de su consulta:_____

_____

Nombre del medico que lo refiere: _____

Nombre del medico primario: _____

Cuestionario de Historial Medico

Estuvo en accidente de trafico? **SI** **No**

Se lesiono en el trabajo? **SI** **No**

Porfavor describa el problema y como sucedio _____

_____

Cuanto dolor tiene (1 to 10) _____ **Cuanto tiempo tiene con este dolor** _____**Cuando empeora o mejora su dolor**_____

Que lo hace empeorar estar de pie sentado acostado caminar inclinarse exercisio

Que lo hace mejorar Medicamento para dolor descansar caliente/hielo exercsio fisioterapia

Tiene problemas para controlar la vejiga o sistema intestinal SI No **Ha tenido cirugia de la espalda o cuello** SI No

Ha tenido inyecciones de esteroides SI No **Q ue puebas diagnosticas le an hecho** MRI CT X-ray EMG/NCV

Informacion de su trabajo

Nombre de su trabajo: _____ Ocupacion: _____

Funciones: _____

_____

CONDICIONES -Marque (✓) SI O NO a las condiciones que actualmente tenga o haya tenido en el pasado año.

S	N		S	N		S	N		S	N	
		Alcolismo			La dependencia quimica			Hepatitis			Neumonia
		Anemia			Diabetes			Lesiones de consideracion			Problemas de Prostata
		Complicaciones con Anestesia			Epilepsia			Hipertension			Artritis Reumatica
		Arritis			Fibromialgia			Enfermedad Renal			Convulsiones
		Asma			Gota			Enfermedad Hepatica			Emblolia
		Bronquitis			Dolor de Cabeza			Migrañas			Trastorno de la tiroides
		Cancer			Enfermedad del Corazon			Marcapasos			Osteoporosis

HISTORIA QUIRURGICA PASADA: Lista de cirugias que ha tenido que año

1.	3.
2.	4.

Lista de medicamentos que está tomando actualmente, (incluyendo vitaminas y hierbas): MEDICAMENTOS

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

ALERGIAS: Para medicamentos o sustancias

1.	3.
2.	4.

Historia social: Marque (✓) la sustancia que utiliza y describir la cantidad que usa	**Antecedentes familiares: Escriba cualquier enfermedad que se ejecutan en su familia**
Cafeina SI ☐ No ☐ Cuanto:	1.
Tabaco SI ☐ No ☐ Cuanto:	2.
Alcohol SI ☐ No ☐ Cuanto:	3.
Otro _____ SI ☐ No ☐ Cuanto:	4.

Sintomas - Check (✓) sí o no los síntomas que actualmente tienen o han tenido en el pasado año

S	N	**General**
		Escalofríos
		Mareos
		Desmayos
		Fiebre
		Perdidas de Peso
		Entumecimiento
		Sudores

S	N	**Ojos,Nariz y Garganta**
		Hemorragia en las encías
		Visión borrosa
		Ojos cruzados
		Dificultad para deglutir
		Visión doble
		Dolor de oídos
		Secreción del oído
		Fiebre de Heno
		Ronquera
		Pérdida de la audición
		Hemorragias nasales
		Tos persistente
		Zumbido en los oídos
		Sinusitis

S	N	**Cardiovascular**
		Dolor de Pecho
		Alta presion sanguinea
		Latido del corazón irregular
		Baja presion sanguinea
		Mala circulación
		Latido del corazón rápido
		Swelling in ankles

S	N	**Respiratorio**
		Tos
		Falta de aliento
		Disminución en la capacidad de ejercicio

S	N	**Gastrointestinal**
		Dolor abdominal
		Poco apetito
		Hinchazón
		Cambios intestinales
		Estreñimiento o diarrea
		Gas
		Acidez estomacal o indigestión
		Hemorroides
		Nausea o vomito

S	N	**Genitourinario**
		Sangre en la orina
		Orina frecuente
		Falta de contro de la vejiga
		Dolor al orinar

Musculo / Coyonturas / Hueso Dolor, Debilidad o Entumecimiento:

S	N	
		Brasos
		Espalda
		Pies
		Manos
		Caderas
		Piernas
		Cuello
		Shoulders

S	N	**Piel**
		Moretones con facilidad
		Urticaria
		Picazón
		Cambio en los lunares
		Brote
		Cicatrices
		Llaga que no se cura

S	N	**Neurologico**
		Mareo
		Devilidad
		Desmayo
		Convulciones

S	N	**Psyquiatrico**
		Depresion
		Dolor de Cabeza
		Pérdida de sueño
		Nerviosismo
		Estrés
		Dificultad para concentrarse

S	N	**Endocrino**
		Diabetes
		Hipertension
		Enfermedad de la tiroides

S	N	**Hematológico**
		Anemia
		Trastorno hemorrágico

. Certifico que la información en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento. No voy a mantener responsible a mi médico o algún miembro de este personal por los errores u omisiones que pueda haber cometido al llenar este formulario

Firma _____ Fecha _____

Physician Signature_____ Date reviewed_____

SÓLO PARA USO CLÍNICO

****PHYSICIAN MUST DOCUMENT***

Helson Pacheco-Serrant, MD

System/Body Area		**Elements of Examination
Cardiovascular		• Exam of carotid arteries (e.g. pulse amplitude, bruits)
		• Auscultation of heart with rotation of abnormal sounds and murmurs.
		• Exam of peripheral vascular system by observation (e.g. swelling, varicosities) and palpation (e.g. pulses, temperature, edema, tenderness)
Constitutional		• Measurement of any 3 of the following vital signs: blood pressure, pulse, respiration, temperature, height, weight.
		• General appearance of patient (e.g. development, nutrition, deformities, attention to grooming)
Eyes		• Ophthalmoscopic exam of optic discs (e.g. size, C/D ratio, appearance) and posterior segments (e.g. vessel changes, exudates, hemorrhages)
Musculoskeletal (includes extremities)		• Exam of gait and station
		Assessment of motor function including: • Muscle strength in upper and lower extremities
		• Muscle tone in upper and lower extremities (e.g. flaccid, cog wheel, spastic) with notation of any atrophy or abnormal movements (e.g. fasciculation, tardive dyskinesia)
Neurological		*Evaluation of higher integrative functions including*: • Orientation to time, place and person
		• Recent and remote memory
		• Attention span and concentration
		• Language (e.g. naming objects, repeating phrases, spontaneous speech)
		• Fund of knowledge (e.g. awareness of current events, past history, vocabulary)
		Test the following cranial nerves: • 2nd through 12 cranial nerve
		• Examination of sensation
		• Examination of deep tendon reflexes in upper and lower extremities with notation of pathologic reflexes
		• Test coordination

RADIOLOGIC STUDIES:

MDM:

Physician: _____

Helson Pacheco-Serrant, MD

Valorar la gravedad de su dolor en esta escala (Marque uno):

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7----------8----------9----------10

1 = leve y 10 = intensa severa / peor dolor / de su vida)

MÉDICO O ASISTENTES Sólo notas:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Toe/Heel + --- SLR + --- RLE LLE ELE