



**NEUROSURGICAL
SPECIALISTS
OF EL PASO, PLLC**

Neda Jafari, D.O.

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) _____ Cuando tiempo tiene con este dolor _____ Cuando empeora o mejora su dolor _____

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

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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La dependencia quimica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones de consideracion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Prostata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Complicaciones con Anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis

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

1.	3.
2.	4.



**NEUROSURGICAL
SPECIALISTS**
OF EL PASO, PLLC

Neda Jafari, D.O

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto:	1.
Tabaco SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto:	2.
Alcohol SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto:	3.
Otro _____ SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto:	4.

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

S	N	General
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escalofríos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdidas de Peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudores

S	N	Respiratorio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aliento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disminución en la capacidad de ejercicio

S	N	Piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moretones con facilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio en los lunares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brote
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cicatrices
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llaga que no se cura

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

S	N	Gastrointestinal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poco apetito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios intestinales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento o diarrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez estomacal o indigestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea o vomito

S	N	Neurologico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Devilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones

S	N	Genitourinario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina frecuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de control de la vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar

S	N	Psiquiatrico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de sueño
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para concentrarse

S	N	Cardiovascular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Pecho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presion sanguinea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latido del corazón irregular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baja presion sanguinea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mala circulación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latido del corazón rápido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Swelling in ankles

**Musculo / Coyonturas / Hueso
Dolor, Debilidad o
Entumecimiento:**

S	N	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brasos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espalda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pies
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caderas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piernas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuello
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shoulders

S	N	Endocrino
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertension
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides

S	N	Hematológico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno hemorrágico

. Certifico que la información en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento. No voy a mantener responsable 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 _____



NEUROSURGICAL
SPECIALISTS
OF EL PASO, PLLC

Neda Jafari, D.O

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	<i>Evaluation of higher integrative functions including:</i> • 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: _____

