

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE
NUEVO CIRUGÍA DE LA COLUMNA
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
SPINE SURGERY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identidad de género (Opcional) _____

Por favor sea tan detallado como pueda, para que podamos brindarle una atención mejor y más segura.

Farmacia de su preferencia (Nombre y ubicación): _____

Médico de cabecera

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax #: _____

Brevemente, describa el inicio de su dolor actual y los eventos antes del dolor. ¿Cuándo y cómo empezó?

Escriba todos los médicos que le han dado tratamiento para este problema: _____

¿Trajo radiografías / TAC / RM el día de hoy? Sí No

¿Esta es una lesión relacionada a su trabajo? Sí No

Si es así, ¿Usará sus beneficios de compensación al trabajador? Sí No

ALERGIAS

Escriba cualquier alergia e intolerancia a **medicamentos, alimentos y ambientales**. Ninguna alergia conocida

Alergia:	Reacción:

MEDICAMENTOS

No tomo ningún medicamento en este momento

Escriba cualquier medicamento que toma, vitaminas, suplementos y medicamentos de venta sin receta, con la dosis y la frecuencia.

Nombre del medicamento:	Dosis:	Frecuencia

¿Toma usted aspirina o algún anticoagulante como Warfarina / Xeralto / Plavix / Coumadin / Pradaxa?

Sí No Si es así, escriba el medicamento, la dosis y la frecuencia con la que la toma: _____

Si no, ¿Algún médico le ha recomendado no tomar aspirina? Sí No

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE
NUEVO CIRUGÍA DE LA COLUMNA
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
SPINE SURGERY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA MÉDICA

Enumere cualquier enfermedad para la cual esté recibiendo tratamiento (hipertensión, etc.)

1.	4.
2.	5.
3.	6.

¿Le han hospitalizado o ha visitado la Sala de Urgencias últimamente? (Proporcione las fechas y los motivos a continuación)

Ninguna hospitalización o visita a la Sala de Urgencias previa

Fecha	

HISTORIA QUIRÚRGICA DE LA COLUMNA

Enumere cualquier cirugía que haya tenido y la fecha especialmente de la columna Ninguna cirugía previa *Resultado (malo, bueno, o excelente)

Fecha	Tipo de cirugía	*Califique el resultado	Fecha	Tipo de cirugía	*Califique el resultado

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enumere los padecimientos de cada miembro de la familia.

	Vivo	Fallecido	Edad al fallecer	Padecimiento(s)
Padre				
Madre				
Hermanos				
Hermanas				
Hija				
Hijo				

ANTECEDENTES SOCIALES

Ocupación _____ Empleador _____

Uso de tabaco/ fumador:	<input type="checkbox"/> nunca				
	<input type="checkbox"/> Actualmente	Tipo	Cantidad	Duración	
	<input type="checkbox"/> Antes usaba	Tipo	Cantidad	Duración	
¿Toma bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tipo	Cantidad	Frecuencia
¿Usa drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tipo	Cantidad	Frecuencia
¿Toma cafeína?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tipo	Cantidad	Frecuencia

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE
NUEVO CIRUGÍA DE LA COLUMNA
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
SPINE SURGERY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

EVALUACIÓN DEL DOLOR

¿Cuándo empezaron los síntomas?: ____/____/____

¿Cuál es su mano dominante? Derecha / Izquierda

Lugar del dolor/síntomas:

- Cerebro/cabeza Cara Cuello Brazo(s)
 Espalda alta Espalda baja Cadera Pierna(s)

Intensidad del dolor (0=min, 10=máx): _____

Frecuencia del dolor: (marque todos los que)

- Rara vez Ocasional Constante
 Al usar la escaleras únicamente
 Al usar escaleras y al caminar

Estado:

- Peor Estable Mejora Resuelto

Irradiación del dolor:

No Sí, se irradia a: _____

- Adolorido Que arde Sordo
 Punzante Agudo Que pulsa

Otro: _____

¿Lesión o traumatismo? No Sí

Si es así, ¿cuándo y dónde? (en el trabajo, la escuela, vacaciones, en el carro, otro): _____

Empeora al: (marque todos los que correspondan)

- Agacharse Levantar peso Sentarse
 Subir escaleras Moverse Pararse
 Bajar escaleras Empujar Caminar

Nada

Otro: _____

Tratamientos anteriores: (marque todos los que correspondan)

- Férula/entablillado Hielo Movilidad
 Elevación Inyección Estiramiento
 Ejercicio Masaje Terapia física
 Calor Descanso Nada

Medicinas de venta sin receta o recetadas: _____

Otro: _____

¿Alguno de los tratamientos anteriores le dio alivio?

Si es así, escriba cuáles: _____

Síntomas relacionados: (marque todos los que correspondan)

- | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moretes | <input type="checkbox"/> Cojear |
| <input type="checkbox"/> Espasmos | <input type="checkbox"/> Dolor después de estar inactivo |
| <input type="checkbox"/> "Crujidos" | <input type="checkbox"/> Bloqueo |
| <input type="checkbox"/> Inflamación | <input type="checkbox"/> Rigidez |
| <input type="checkbox"/> Menor movilidad | <input type="checkbox"/> Se despierta en la noche |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo en brazos | <input type="checkbox"/> Hormigueo en piernas |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la noche | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormirse |
| <input type="checkbox"/> La articulación se siente inestable | <input type="checkbox"/> Adormecimiento |
| <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Sensibilidad en articulaciones |
| <input type="checkbox"/> "Crujidos" | |

Otro: _____

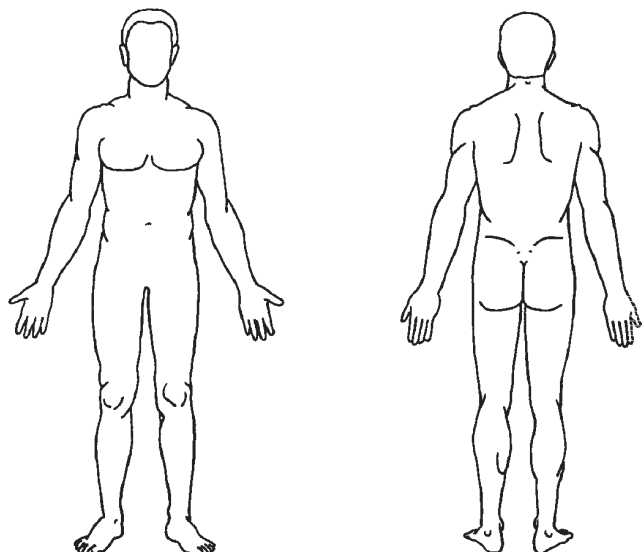
Habilidades funcionales: Puede usted...

- | | | | |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| Entrar y salir del auto | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> con dificultad |
| Arrodillarse | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> con dificultad |
| Ponerse zapatos/calzettes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> con dificultad |
| Bajar escaleras | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> con un barandal |
| Subir escaleras | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> con un barandal |
| Sentarse en una silla | <input type="checkbox"/> 1 hr. | <input type="checkbox"/> 30 min. | <input type="checkbox"/> Difícil |
| Caminar distancia: | <input type="checkbox"/> Bajo techo | <input type="checkbox"/> menos de 5 cuadras | |
| | <input type="checkbox"/> 5-10 cuadras | <input type="checkbox"/> más de 10 cuadras | |

Yo necesito...

- Bastón Muletas
 Caminador Silla de ruedas Ninguno

Indique en el dibujo abajo dónde tiene los síntomas relacionados



DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE
NUEVO CIRUGÍA DE LA COLUMNA
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
SPINE SURGERY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ENTUMECIMIENTO/HORMIGUEO

Esta sección se refiere a entumecimiento y hormigueo **únicamente**. Las preguntas relacionadas al dolor están en la página anterior

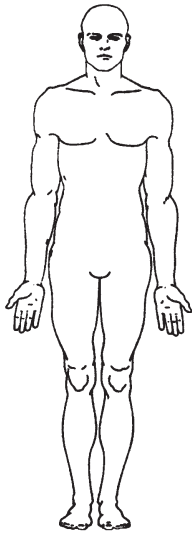
¿Siente entumecimiento u hormigueo?

No

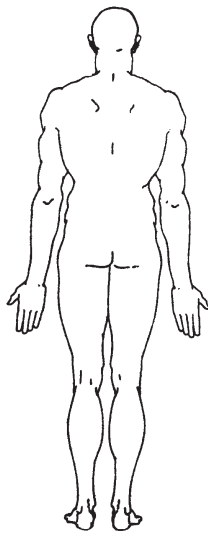
Sí

Si es así, por favor marque en las figuras siguiente dónde siente **entumecimiento (pérdida de sensación) u hormigueo (pinchazos y piquetes)**.

FRENTE



POSTERIOR



LADO DERECHO



LADO IZQUIERDO



Mi entumecimiento y hormigueo empeora con

Caminar Correr Pararse Sentarse Agacharse Levantar peso Manejar

Calor Hielo Ejercicio Cambios frecuentes de posición

Deportes (escriba cuáles) _____ Otro (describa) _____

Nada empeora mi entumecimiento y hormigueo

Mi entumecimiento y hormigueo mejora con

Caminar Correr Pararse Sentarse Agacharse Levantar peso Manejar

Calor Hielo Ejercicio Cambios frecuentes de posición

Deportes (escriba cuáles) _____ Otro (describa) _____

Nada empeora mi entumecimiento y hormigueo

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD