

ORTHOPEDIC HEALTH HISTORY (HISTORIA DE SALUD DE ORTOPEDIA)

First Name (Nombre): _____		Last Name (Apellido): _____		NOTE: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. <i>(Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)</i>
Today's Date: (Fecha de hoy) _____				
Date of birth: (Fecha de nacimiento) _____	Age : (Edad) _____	Preferred Language: (Idioma Preferido) _____	Race/Ethnicity: (Raza/Etnicidad) _____	
Primary Care Doctor/Provider: (Médico de atención primaria) _____		Referring Physician (Médico que lo refirió) : <input type="checkbox"/> Same as Primary Doctor (Igual que el Médico de atención primaria)		
Was this caused by an injury? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Fue esta causada por una lesión?)		Is this a work related injury? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Es esta una lesión relacionada con el trabajo?)		If yes, date of injury: (En caso afirmativo, fecha de la lesión) _____
Employer: (Empleador) _____		Occupation: (Ocupación) _____		
Are you allergic to any medications? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Es usted alérgico a algún medicamento?)		If yes, please list and state reaction: (En caso afirmativo, por favor indique y explique qué reacción tuviste): _____ _____ _____		

HISTORY of CHIEF COMPLAINT (HISTORIA de la QUEJA PRINCIPAL)

1. **What body part are you seeing the doctor for today?** Right (Derecho) Left (Izquierda) _____
(¿El médico está viendo qué parte de su cuerpo hoy?)
2. **What is your complaint?** _____
(¿Cuál es su queja?)
3. **How did it start?** _____ **When?** _____
(¿Cómo empezó todo?) (¿Cuándo?)
4. **How severe is it?** Mild (Leve) Moderate (Moderado) Severe (Grave) Other (Otro) _____
(¿Lo malo es?)
5. **Clinical progression** (ex. not changed, improving, worsening):
(La progresión clínica - ex. no ha cambiado, mejorando, empeorando) _____
6. **What causes symptoms to worsen?** (ex. activity, rest, night-time)
(¿Qué causa los síntomas que empeoran? (ej. la actividad, el descanso nocturno) _____
7. **What causes symptoms to improve?** _____
(¿Qué causa los síntomas que mejoran?)
8. **What remedies have you tried?** _____
(¿De qué recursos han intentado?)
9. **Have you had similar problems before?** (¿Ha tenido problemas similares antes?) Yes (Si) No
10. **Have you had previous injury or surgery in this area?** Yes (Si) No **If yes, when?** (¿Cuándo?) _____
(¿Ha tenido una lesión previa o cirugía en esta área?)

Current height (Altura actual): _____	Current weight (Peso actual): _____	
Preferred Pharmacy (Farmacia Preferida): _____		
Pharmacy address & phone # (Preferida – dirección y numero de teléfono): _____		
List ALL medications you currently take. Specify each one below or provide a separate list. (Enumere todos los medicamentos que toma actualmente. Especifique cada uno abajo o proporcione una lista separada.)		
1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____

Physician's Notes:

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

Tobacco Use (Uso del Tabaco): **Yes** (Sí) **No** **Packs per day** (Paquetes por día): **.25** **.5** **1** **1.5** **2** **3** _____

Years of use (Años de uso): **.5** **1** **2** **3** **4** **5** **10** **15** _____ **Quit date** (mm/dd/yyyy): _____
(Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Smokeless Tobacco (Tabaco sin humo/de mascar): **Yes** (Sí) **No** **Quit date** (mm/dd/yyyy): _____
(Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Ready to Quit (Listo para dejar de usar el tabaco) **Yes** (Sí) **No**

Comment (Comentario): _____

Alcohol Use (Uso de Alcohol): **Yes** (Sí) **No** **Comment** (Comentario): _____

Drinks/Week: _____ **glasses of wine** (copas de vino)

(Bebidas/Semana) _____ **cans of beer** (latas/botes de cerveza)

_____ **shots of liquor** (tragos de licor)

_____ **drinks containing 0.5 oz of alcohol** (bebidas con un contenido de 0.5 onzas de alcohol)

Alcohol/Week (Alcohol/Semana): _____

FAMILY LIVING AT HOME (VIDA DE FAMILIA EN CASA)

Spouse or Partner? (Esposo(a) o pareja): **Yes** (Sí) **No**

Children or dependents (Niños o dependientes): _____