

PARA SU HISTORIA MEDICA

Fecha _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona _____
Número de teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ E-mail _____
Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F Estado civil: C S V D el número de hijos _____
Número de Seguro Social _____ Número licencia de manejo _____ Estado _____
Empleador _____ Número de teléfono _____ Ocupación _____
Dirección de empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona _____
Nombre de esposa _____ Teléfono celular _____ Ocupación _____
Empleado de esposa _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

Nombre de seguro _____ Número de identificación _____ Número de grupo _____
Dirección _____ Número de teléfono _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO AUTOMÓVIL

Nombre de seguro _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona _____
Nombre del Ajustador _____ número de reclamación _____
¿Ocurrió el accidente en el trabajo? Sí No Fecha de lesión _____
¿Participó usted en un accidente automovilístico? Sí No Fecha del accidente _____

SINTOMAS

CABEZA:

- Dolor de cabeza
 cabeza entera
 Parte trasera
 La frente
 La sien
 migraña
 Cabeza pesada
 Pérdida de memorias
 Delirante
 Desmayo
 Luz molesta los ojos
 Pérdida de olfato
 Pérdida de sabor
 Pérdida de equilibrio
 Mareo
 Pérdida de oído
 Dolor de oídos
 Campaneo
 Zumbido

ESPALDA INFERIOR:

- Dolor
 Empeora el dolor cuando:
 Trabaja
 Se levanta
 Se agacha
 Se para
 Se sienta
 Se dobla
 Tose
 Nervio pelliscado
 Disco caído
 Torcido
 Espasmos musculares
 Artritis

EN MEDIO DE LA ESPALDA:

- Dolor
 Dolor entre espaldillas
 Dolor agudo
 Espasmos musculares

ABDOMEN:

- Estomago nervioso
 Asco
 Gas
 Estreñimiento
 Diarrea

HOMBROS:

- Dolor en la junta (D-I)
 Dolor al traves de hombros
 Bursitis (D-I)
 Artritis (D-I)
 No puede levantar el brazo
 arriba del hombro
 arriba de la cabeza
 Tensión en los hombros (D-I)
 Espasmos musculares

BRAZOS Y MANOS:

- Dolor de brazo superior
 Dolor de antebrazo
 Dolor en manos
 Dolor en dedos
 Nervio pelliscado en brazo
 Nervio pelliscado en dedos
 Hormigueo en brazos
 Hormigueo en dedos
 Dedos dormidos
 Manos frías
 Hinchazon en los dedos
 Juntas adoloridas en dedos
 Artritis en dedos
 Pérdida de fuerza al apretar

PECHO:

- Dolor
 Falta de aire
 Dolor en costillas

CADERAS, PIERNAS Y PIES:

- Dolor de asentaderas (D-I)
 Dolor de cadera (D-I)
 Dolor a traves de pierna (D-I)
 Dolor a traves de ambas piernas
 Calambres en piernas
 Hormigueo en piernas (D-I)
 Pierna dormida (D-I)
 Pie dormido (D-I)
 Pies fríos
 Calambres en pie (D-I)
 Tobillo hinchado (D-I)
 Pie hinchado (D-I)
 Dolor de juntas en los dedos
 Dolor en pie (D-I)
 Dolor en rodilla (D-I)

GENERAL:

- Nervioso
 Irritable
 Deprimido
 Fatigado
 Cansancio
 Pérdida de sueño
 Pérdida de peso

¿Ha tenido radiografías antes? Sí No ¿Cuándo? _____
¿Que area de su cuerpo fue radiografiado? _____

MUJERES SOLAMENTE:

Dolor menstrual Colicos Irregularidad Fecha de su última regla menstruación _____
¿Está embarazada? Sí No ¿Cuánto tiempo tiene? _____

ESPERAMOS PAGO INMEDIATO DE ESTA VISITA A MENOS QUE UD. HAYA HECHO OTROS ARREGLOS.

FIRMA DEL PACIENTE _____