

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Esta aquí para que parte del cuerpo (que lado)? \_\_\_\_\_ ¿Cuanto tiempo le ha dolido? \_\_\_\_\_

Fecha de lesion? \_\_\_\_\_ ¿Escribe con la Mano-Derecha O Mano-Izquierda?

Si hay lesion, explique brevemente lo que paso: \_\_\_\_\_

Que tratamiento ha probado para esta condicion en los ultimos seis meses: (circule todos los que correspondan)  
Tylenol Ibuprofen Aleve Supartz Hielo Elevacion FisioTerapia Cirugía Brazaletes Biofreeze Inyección de esteroides  
Percocet (Oxicodona) Vicodin(Hidrocodona) Mobic (Meloxicam) Ultram (Tramadol)  
Otros: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

¿Quien te refirió aqui? \_\_\_\_\_ ¿Es **Compensación del Trabajo**? SI o NO

Nombre de su doctor familiar \_\_\_\_\_ Nombre de la práctica: \_\_\_\_\_

Nombre de Especialistas: \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_

**Círcule los problemas de salud que tenga o esté recibiendo tratamiento**

**Presion Alta/ Diabetes /Historia de ataques al Corazón/** Historia de Derrame Cerebral/ Enfermedad de Corazón/  
Tiroides/**Colesterol alto**/Historia de coágulos de sangre/ **Artritis/Gota/ Artritis Reumatoide/Lupus/ Historial de**  
**Cancer:** ¿ Qué tipo de cancer y cuando fue? \_\_\_\_\_

¿Tiene un marcapasos / desfibrilador? **VIH Hepatitis C Tuberculosis Otro:** \_\_\_\_\_

**Anote los medicamentos actuales con las dosis y la frecuencia con la que los toma.**  
**Si tiene una lista de medicamentos, entréguelos al personal**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es **alérgico** algún medicamento? SI o NO anote a cual es alérgico: \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia al metal? \_\_\_\_\_

**Círcule los problemas de salud que tenga su familiar. Indique qué miembro de la familia.**

Presion Alta/ Diabetes /Historia de ataques al Corazón/ Historia de Derrame Cerebral/  
Enfermedad de Corazón/ Tiroides/Colesterol alto/Historia de Coágulos de Sangre/ Artritis/Gota/ Artritis  
Reumatoide/Lupus/ Historial de Cancer

¿Fuma? SI o NO ¿cuantos cigarros al dia? \_\_\_\_\_ ¿Solía fumar? SI o NO

¿Toma alcohol? SI o NO ¿cuánto? \_\_\_\_\_

¿Está jubilado? SI o NO ¿ trabaja? SI o NO ¿Donde? \_\_\_\_\_

¿Quien vive con usted? \_\_\_\_\_ Circule: Casado/a Divorciado/a Viudo/a Soltero/a

**Anote todas las cirugias que le allan realizado en el pasado.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wt:

HT:

BMI:

BP:

P:

Date: