

**UCI Medical Center**  
**ORTHOPEDIC PATIENT HISTORY**

NOMBRE:	FECHA:	EDAD:
QUEJA PRINCIPAL: ¿Cuál es el problema ortopédico o causa de su visita?		
HISTORIA DE LESION PRESENTE: ¿Como le sucedió?		
¿RELACION CON TRABAJO? Sí o No		
¿POR CUANTO TIEMPO LO HA TENIDO?		
¿HA EMPEORADO RECIENTEMENTE?		
¿QUE LE HACE SENTIRSE MEJOR?		
¿QUE LE HACE SENTIRSE PEOR?		
¿ALGUNOS TRATAMIENTOS EN EL PASADO?		
HISTORIAL O ENFERMEDADES CLINICOS DEL PASADO: ¿Cualquier problema clinico serio? (como diabetes, artritis rheumatoide, alta presión sanguínea, ataque de corazón, infecciones?		
CIRUGIAS: ¿Cirugías pasadas? ¿Cúando, y qué clase de Cirugías?		
MEDICAMENTOS: Lista de todos los medicamentos que toma como rutina. Nombre del medicamento y la dosis. ¿Cuántas veces al día?		
ALERGIAS: ¿Tiene usted alérgia a algún medicamento, comidas, soluciones preparados o materiales?		
HISTORIA FAMILIAR: Algún problema clínico en la familia. ¿Madre? o ¿Padre?		
HISTORIAL SOCIABLE: ¿Qué clase de trabajo hace usted?		
¿PARTICIPA USTED EN CUALQUIER ACTIVIDAD DE ENTRETENIMIENTO? O CUALQUIER OTRO INTERES?		
¿FUMA TABACO? Si es así, cuánto?		
¿TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS? Si es así cuánto?		
¿CUALQUIER OTRA INFORMACION?		

## REVISION DE SISTEMAS

CONSTITUCIONAL:      ¿Pérdida de peso? \_\_\_\_\_ ¿Aumento de Peso ? \_\_\_\_\_ ¿Fatiga? \_\_\_\_\_

PIEL:                    ¿Sarpullido? \_\_\_\_\_ ¿Llagas? \_\_\_\_\_

OJOS:                    ¿Diferencia visual? \_\_\_\_\_ ¿Irritación de los ojos? \_\_\_\_\_

OIDOS, NARIZ, GARGANTA: ¿Garganta Adolorida? \_\_\_\_\_ ¿Dificultad para Tragar \_\_\_\_\_ ¿Dolor en los oídos? \_\_\_\_\_

GASTROINTESTINAL:    ¿Dolor Abdominal? \_\_\_\_\_ ¿Náusea? \_\_\_\_\_ ¿Vómito? \_\_\_\_\_ ¿Ictericia? \_\_\_\_\_

GENTOURINARIO:        ¿Urinación Dolorosa? \_\_\_\_\_ ¿Sangre en la Orina? \_\_\_\_\_ ¿Urinación por la Noche? \_\_\_\_\_

RESPIRATORIO:        ¿Tos Crónica? \_\_\_\_\_ ¿Corto de Respiración? \_\_\_\_\_

CARDIOVASCULAR:      ¿Dolor en el Pecho? \_\_\_\_\_ ¿Palpitaciones? \_\_\_\_\_

MUSCULOESQUELETAL:    ¿Dolor en las Articulaciones? \_\_\_\_\_ ¿Articulaciones Hinchadas? \_\_\_\_\_ ¿Dolores Musculares? \_\_\_\_\_

NEUROLOGICO:         ¿Entumecimiento? \_\_\_\_\_ ¿Debilidad? \_\_\_\_\_

HEMATOLOGICO:        ¿Anemia? \_\_\_\_\_ ¿Tendencias de Sangrado? \_\_\_\_\_

REVISADO CON EL PACIENTE

FECHA:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

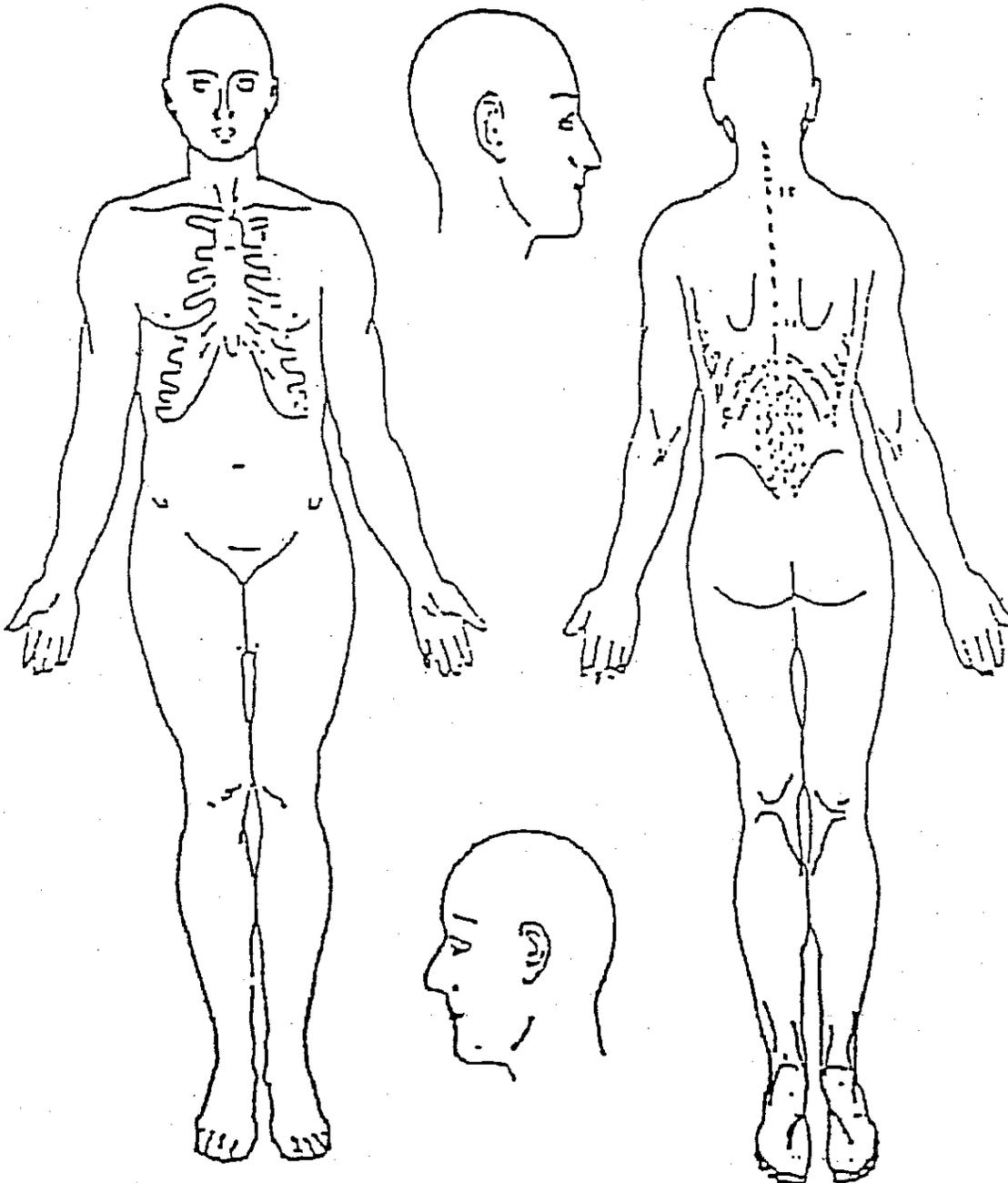
---

---

## PAIN DIAGRAM

Please mark your areas of discomfort, using the symbols listed below. Include areas where your discomfort travels.

NUMBNESS === PINS & NEEDLES X X X STABBING /// ACHING PAIN (((



DATE: \_\_\_\_\_ SIGNATURE: \_\_\_\_\_