

NAME: _____

DOB: _____

DATE: _____

Formulario de Admisión del Paciente

Nombre:

(Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo Nombre) _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Género:** ☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Diestro ☐ Zurdo

¿Fue referido a nuestra oficina por un amigo, familiar o médico tratante actual? ☐ Sí ☐ No

¿Fue tratado de emergencia por uno de nuestros médicos antes de esta visita? ☐ Sí ☐ No

Nombre del médico: _____

Nombre del médico de atención primaria (PCP): _____

Motivo de la visita: _____

Fecha de la lesión: _____ **¿Dónde ocurrió la lesión?** _____

¿Está relacionado con el trabajo? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, describa cómo ocurrió: _____

¿Ha tenido lesiones industriales previas? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, describa cómo ocurrió: _____

¿Lesión previa en el área de la que se queja? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, describa la lesión: _____

Título del trabajo: _____ **Tiempo de empleo en esta capacidad:** _____

Historia de la Enfermedad/Lesión Actual

(Marque todas las opciones que mejor describan su problema)

Área(s) de dolor:

☐ Derecha ☐ Izquierda ☐ Bilateral – ☐ Mano ☐ Muñeca ☐ Codo ☐ Hombro ☐ Otra: _____

Severidad del dolor:

☐ 0-1 Sin dolor ☐ 2-3 Leve ☐ 4-5 Molesto ☐ 6-7 Angustiante ☐ 8-9 Intenso ☐ 10 Insoportable

Calidad del dolor:

☐ Agudo ☐ Sordo ☐ Pulsátil ☐ Ardiente ☐ Doloroso

Duración del dolor:

☐ Intermitente ☐ Constante ☐ Minutos

Factores que empeoran el dolor:

☐ Con ejercicio ☐ Actividad ☐ Nocturno ☐ En reposo ☐ Sentado ☐ Caminando

Factores que alivian o empeoran el dolor:

☐ Reposo ☐ Calor ☐ Frío ☐ Elevación ☐ De pie ☐ Sentado ☐ Caminando

Contexto del dolor:

☐ Empeorando ☐ Recurrente ☐ Mejorando

Tratamientos previos para esta condición: (Marque todas las que apliquen)

☐ Ninguno

☐ Medicamentos antiinflamatorios no esteroides (Ibuprofeno, Aleve, Celebrex, etc.)

☐ Medicamentos narcóticos para el dolor (Vicodin, Norco, Percocet, Tramadol, Oxycontin, Fentanilo, etc.)

☐ Otros medicamentos (Neurontin, Cymbalta, Amitriptilina, Esteroides, Relajantes musculares, etc.)

¿Cuáles? _____

☐ Terapia física (mano, muñeca, hombro, rodilla, etc.): ¿Cuáles? _____

☐ Inyecciones (mano, muñeca, hombro, rodilla, etc.): ¿Cuáles? _____

- ☐ Quiropráctico: **Nombre del doctor:** _____
- ☐ Especialista en manejo del dolor: **Nombre del doctor:** _____
- ☐ Otros tratamientos (acupuntura, homeopatía, hierbas, otros): _____
- ☐ Cirugía (Incluya detalles específicos en historial quirúrgico, página 3)
- ☐ Fracturas: _____
- ☐ ¿Ha recibido anestesia local/general? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tuvo algún problema con la anestesia? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, describa el problema: _____

Pacientes con problemas de columna solamente:

- ☐ Inyecciones espinales (epidural, articulación facetaria): **Tipo de inyección:** _____
- ¿El dolor mejoró después de la inyección? ☐ Sí ☐ No _____
- ¿Cuánto tiempo duró el alivio del dolor después de la inyección? _____
- ☐ Cirugía espinal: **Tipo de cirugía, fecha y nombre del cirujano:** _____

Historial Médico Pasado

Último examen físico: _____ **Otros médicos especialistas:** _____

Enfermedades: (Marque si tiene alguna de las siguientes enfermedades)

- ☐ Reflujo ácido ☐ Depresión ☐ Ritmo cardíaco irregular ☐ Enfermedad vascular periférica
- ☐ Alcoholismo ☐ Virus de Epstein-Barr ☐ Queloides ☐ Flebitis
- ☐ Alzheimer ☐ Fibromialgia ☐ Problemas renales ☐ Artritis reumatoide
- ☐ Anemia ☐ Glaucoma ☐ Enfermedad hepática ☐ Escoliosis
- ☐ Aneurisma ☐ Gota ☐ Lupus ☐ Convulsiones
- ☐ Angina ☐ Enfermedad cardíaca ☐ Migraña ☐ Problemas en la piel
- ☐ Artritis ☐ Soplo cardíaco ☐ Prolapso de válvula mitral ☐ Estenosis espinal

- ☐ Asma ☐ Marcapasos ☐ Mielopatía ☐ Espondilolistesis
☐ Trastorno hemorrágico ☐ Hepatitis ☐ Infarto de miocardio ☐ Úlcera gástrica
☐ Coágulos sanguíneos ☐ Hernia discal ☐ Trastorno nervioso ☐ Accidente cerebrovascular
☐ Fracturas ☐ Hernia hiatal ☐ Osteoartritis ☐ Tuberculosis
☐ Cáncer ☐ Presión arterial alta ☐ Osteoporosis ☐ Fiebre del Valle
☐ Parálisis cerebral ☐ Colesterol alto ☐ Parkinson ☐ Actualmente embarazada
☐ VIH ☐ Úlcera péptica ☐ Otra enfermedad: _____ ☐ Ninguna enfermedad

Historial Quirúrgico: (Marque si ha tenido alguna de las siguientes cirugías)

- ☐ Abdominal____ ☐ Dental____ ☐ Riñón____ ☐ Reemplazo de hombre____
☐ Amputación____ ☐ Dermatológica____ ☐ Rodilla____ ☐ Fusión espinal____
☐ Apendicectomía____ ☐ Codo____ ☐ Artroscopia de rodilla____ ☐ Bazo____
☐ Cirugía de espalda____ ☐ Mano____ ☐ Marcapasos____ ☐ Vasectomía____
☐ No cirugías previas____ ☐ Otras cirugías: _____

Historial Familiar

(Marque si hay antecedentes familiares de las siguientes enfermedades e indique el parentesco)

- ☐ Alcoholismo____ ☐ Cáncer de seno____ ☐ Diabetes____ ☐ Colesterol alto____
☐ Alzheimer____ ☐ Cáncer de colon____ ☐ Gota____ ☐ Problemas renales____
☐ Artritis____ ☐ Otro cáncer____ ☐ Enfermedad cardíaca____ ☐ Hipertermia maligna____
☐ No hay antecedentes familiares: _____
☐ Otros antecedentes familiares: _____

Historial Social

☐ Trabajo en el hogar ☐ Estudiante ☐ Educación (años y títulos): _____

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo

¿Vive solo? ☐ Sí ☐ No

¿Hace ejercicio? ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Rara vez ☐ Nunca

¿Dieta especial? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

¿Consume alcohol? ☐ Sí ☐ No ☐ Anteriormente ¿Con qué frecuencia? _____

¿Fuma? ☐ Sí ☐ No ☐ Anteriormente ¿Con qué frecuencia? _____

¿Usa drogas ilegales? ☐ Sí ☐ No ¿Cuáles? _____

¿Es adoptado? ☐ Sí ☐ No

Mujeres: ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No **Última menstruación:** _____

Medicamentos: Recetados, de venta libre, vitaminas y hierbas.

Por favor enumere los medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas y productos herbales; anticoagulantes (Aspirina, Plavix, Coumadin, Eliquis, Lovenox, etc.); y GLP-1 (glutidas – Ozempic, Mounjaro, Trulicity, etc.)

Nombre del medicamento	Dosis / Frecuencia

Lista de medicamentos agonistas de GLP-1:

- Exenatide (Byetta, Bydureon)
- Liraglutide (Saxenda, Victoza)
- Dulaglutide (Trulicity)
- Albiglutide (Tanzeum)
- Lixisenatide (Adlyxin)
- Semaglutide (Ozempic, Rybelsus)
- Tirzepatide (Mounjaro, Zepbound)
- Other

Alérgico/Inmunológico: Enumere las alergias alimentarias/ambientales. ☐ No se conocen alergias a medicamentos ☐ Sensibilidad/alergia al látex

Sustancia	Efecto

POR FAVOR PROPORCIONE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE CONSIDERE IMPORTANTE PARA EL DR. WONG:
