

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_



Rosemary Buckle, MD  
Orthopedics

Ht: \_\_\_\_\_

Weight: \_\_\_\_\_

BP: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Pulse: \_\_\_\_\_

Temp: \_\_\_\_\_

Office use only

**La razon de su visita hoy (minimo una o dos partes del cuerpo por visita)?**

---



---



---

**Cuando empezo el problema?** \_\_\_\_\_

**Ocurrio su lesion en el trabajo?** SI NO

**Tratamientos probados hasta el momento:**

PASTILLAS CREMAS INYECCIONES THERAPY CIRUGIA

**Esta utilizando?** SI NO SI SI, por favor circular abajo:

BASTON CAMINADOR ROLLATOR SILLA DE RUEDAS MULETAS SILLA ELECTRICA  
SOPORTE

**PROBLEMAS MEDICOS:** Por favor escoja si a tenido una de las siguientes:

Anxiedad Depresion Tiroides Obstrucion del sueno Gota Reflujo acido

Asma Enfermedad pulmonary/EPOC Alta pression Efermedad de Rinon Dialisis

Diabetis Neuropatia Cancer Enfermedad Cardiaca Cuagulo sanguineo

Embolia Alta Cholesterol VIH Hepatitis COVID 19 Reumatismo

Marcapasos Otro Dispositivo Implantable

**TIENE OTRO MEDICO PROBLEMAS NO EXCRITO EN LA LISTA?**

---

**Estas tomando anticoagulante?** \_\_\_\_\_ **Alguna vez has tenido una ulcera?** \_\_\_\_\_

**Sus rinones funcionan normalmente?** \_\_\_\_\_ **Toma Aleve, Motrin OTC?** \_\_\_\_\_

**CIRUGIAS PREVIAS?:** SI NO Si si por favor lista a continuacion (con ano aproximado)

**POR FAVOR DE LISTAR TODOS SUS MEDICAMENTOS:** (Over the counter AND Prescription):

**ALERGIAS A MEDICINAS:** \_\_\_\_\_

**REACION:** comezon falta de aire Otra \_\_\_\_\_

**TIENE UN DOCTOR ESPECIALISTA DEL DOLOR** SI NO Nombre: \_\_\_\_\_

**REVISION DE SISTEMAS:** Por favor marque si tiene una o mas sintomas (dentro de la semana pasada)

Dolor de pecho Dolor de Cabeza Falta de aire Nauseas Vomitando Fiebre

Escalofrios Tos Dolor de espalda Hinchazon Entumecimiento Hormigueo

Debilidad Perdida de peso Aumento de peso Dificultad para escuchar Mareo

**POR FAVOR MARQUE SI UNOS DE SU FAMILIA HA TENIDO ESTOS SYMPTOMAS:**

Diabetes Cancer Cardiopatia Coagulo sanguineo Apoplejia Hipertension

**HISTORIA SOCIAL:** Fuma Alcohol Drogas Ninguna

**TRABAJO:** \_\_\_\_\_ Retirado Discapitado

**POR FAVOR MARQUE UNO:** derecho zurdo

**POR FAVOR MARQUE SI HA TENIDO:**

**FLU VACCINE:** SI NO Si, si cuando? \_\_\_\_\_

**COVID-19 VACCINE:** SI NO Si, si cuando? \_\_\_\_\_

**HEMOGLOBIN A1C LEVEL :** SI NO Si, si cuando fue la mas reciente? \_\_\_\_\_