Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Fecha de hoy: _____

COLUMBUS COMMUNITY HOSPITAL

Rosemary Buckle, MD
Orthopedics

Ht:_____
Weight: _____
BP: _____/_____
Pulse: _____
Temp:_____
PCP:_____

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

_____

Le han tomado radiografías en las últimas 2 semanas por este problema? SI NO

Cuando empezo el problema?_____

Ocurrio su lesion en el trabajo? SI NO

Tratamientos probados hasta el momento:

PASTILLAS CREMAS INYECIONES THERAPY CIRUGIA

Necesita un aparato ortopédico o un dispositivo de asistencia para la movilidad? 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 siguentes:

Ansiedad Depresion Fibrilación Auricular 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 Derrame Cerebral Osteoporosis

Marcapaso Otro Dispositivo Implantable Hipotiroidismo Artritis Reumaica

TIENE OTRO MEDICO PROBLEMAS NO EXCRITO EN LA LISTA?

_____

Estas tomando anticoaglante? _____ **Alguna vez has tenido una ulcera?** _____

Sus rinones funcionan normalmente? SI NO **Toma? Advil Motrin Aleve Tylenol Ibuprofeno**

Esta tomando: Wagovy Semaglutide Mounjaro Ozempic

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

_____

_____

POR FAVOR DE LISTAR TODOS SUS MEDICAMENTOS: (Con Receta y Sin Receta):

_____

_____

ALERGIAS A MEDICINAS: _____ **FARMACIA PREFERIDA:** _____

REACION: comezon falta de aire nauseas/vomitando Otra_____

TIENE UN DOCTOR ESPECIALISTA DEL DOLOR SI NO Nombre:_____

REVISION DE SISTEMAS: Por favor marque si tiene una omas symptomas (dentro de la semana pasada)

Dolor de pecho Falta de aire Nauseas Vomitando Fiebre Mareos

Escalofrios Dolor de espalda Hinchazon Entumecimiento Hormigueo

Debilidad Perdida de peso Aumento de peso

POR FAVOR MARQUE SI ALGUIEN DE SU FAMILIA HA TENIDO ALGUNO DE ESTOS:

Problemas con la anestesia Coagulo de transferencia/ Embolia / TVP Cancer

HAS USADO ALGUNA VES: TABACO E-CIGARRILO ALCOHOL DROGAS

ESTA CONSUMIENDO: TABACO E-CIGARRILO ALCOHOL DROGAS

TRABAJO: _____ Retirado Discapacitado

POR FAVOR MARQUE UNO: derecho zurdo