



Cascade Orthopedic Surgery Informacion Historial del Paciente

◆ Ronald L. Teed, M.D., PC ◆

Nombre: _____ (MI) _____ Apellido: _____

Altura: _____ Peso: _____ Ocupacion: _____

Es relacionado con un accidente? Si No Accidente de Trabajo Accidente de automovil

Otro – explicación: _____

Fecha de incidente cuando los síntomas apareció por primera vez: _____

¿Que cirugias a tenido usted? Cuando?(Surgeries) _____

Indique algún problema médico o las enfermedades crónicas que usted tiene. (Past Medical Hx) _____

¿Que medicinas toma usted? (Medications taking) _____

¿Usted es alergico a alguna medicina? ¿Cual? (Allergies) _____

¿Se a roto usted algun hueso? ¿Donde? (Broken Bones) _____

¿Ha utilizado alguna ves tabacco? (Ever used Tobacco) Si No Cuando?(When) _____

Masticacion de tabacco Cigarillos Puros Cigarillos electronicos

Usa tabacco ahora? Si No ¿Con que frecuencia?(How much) _____

¿Ha utilizado alcól alguna ves? Si No ¿Con que frecuencia? _____

Usa alcól ahora? Si No ¿Con que frecuencia?(How much) _____ Cerveza Vino Licor fuerte

Por favor de indicar con un circulo la parte del cuerpo que el médico necesita revisar:

Lado derecho

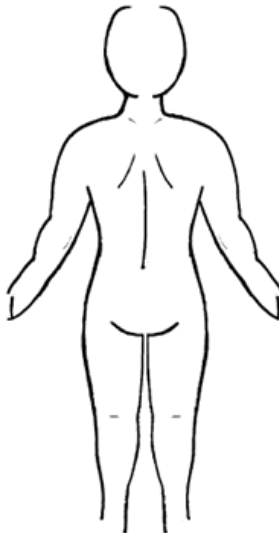
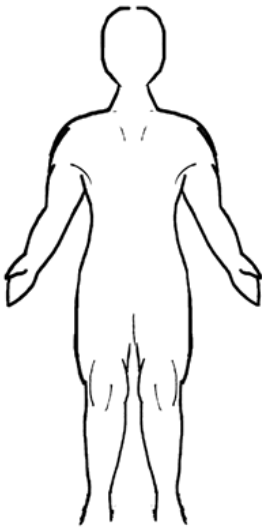
Frente

Atras

Lado izquierdo

Izquierda

Derecha



Indique por favor una descripción breve por qué usted vino a ver al médico hoy. (Describe why you are here)

Si es accidente, explique por favor (If accident, please explain) _____

Fecha: (date) _____

Cascade Orthopedic Surgery Historial del Paciente

◆ Ronald L. Teed, M.D., PC ◆

***** Si usted está tomando medicamentos para una condición médica, entonces es un problema de salud actual *****

Por favor marque la caja que mejor aplique a cada problema de salud. Si es un problema de salud actual, por favor ponga el nombre de el medicamento que usted está tomando, para ese problema.

Asma	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Enfisema	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica/ COPD	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____

Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Bypass / Stent	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Presión alta	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____

Diabetes __ 1 __ 2	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Diálisis de riñón	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Hepatitis __ A __ B __ C	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Trastorno de hígado	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____

Ulceras	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Hernia's	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Acidez/reflujo	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Tiroides _ bajo _ alto	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Depresión	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____
Reemplazo de articulación	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Que parte(s): _____
Cancer / tumores	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Qué tipo? _____
MRSA	<input type="checkbox"/>	Problema actual	<input type="checkbox"/>	Pasado	<input type="checkbox"/>	Nunca	Medicina _____

Otros problemas medicos: _____

Haga una lista de medicos especialistas que actualmente le estan dando tratamiento para sus problemas medicos: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____