

Spanish  
(Patient label here.)

Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ ¿Quién lo refirió?: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros?

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico                        | <input type="checkbox"/> Amigo/a o Familia | <input type="checkbox"/> Seguro Médico            | <input type="checkbox"/> UHealthSportsMedicine.com |
| <input type="checkbox"/> University of Miami Athletics | <input type="checkbox"/> Miami Marlins     | <input type="checkbox"/> South Florida Club Sport | <input type="checkbox"/> Otro Evento Deportivo     |
| <input type="checkbox"/> Bommarito Performance         | <input type="checkbox"/> Gimnasio          | <input type="checkbox"/> Periódico                | <input type="checkbox"/> Televisión                |

Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

¿Qué problema o parte del cuerpo podemos ayudarle hoy? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha de la lesión? o ¿Cuánto tiempo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_

Califique su dolor en una escala de 0 a 10 (0 = sin dolor, 10 = peor dolor que ha tenido).

Hoy: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En su peor momento: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Por favor califique el nivel en el que sienta que las siguientes actividades se ven afectadas por su problema actual. (0=sin efecto, 10=no se puede realizar)

Deportes: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Obra: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sueño: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actividades diarias: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Podría describir el dolor como: (marque todas las que apliquen)

- |                                    |                                       |   |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> constante | <input type="checkbox"/> intermitente | <input type="checkbox"/> punzante                   |
| <input type="checkbox"/> ardiente  | <input type="checkbox"/> presión      | <input type="checkbox"/> adormecimiento/"hormigueo" |

¿Ha visto algún otro médico para este problema?  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una radiografía para este problema?  Sí  No

¿Ha tenido una resonancia magnética (MRI) para este problema?  Sí  No

Si la respuesta a cualquiera de las anteriores es positiva:

¿Cuándo y dónde se realizaron los estudios? \_\_\_\_\_

¿Trajo los resultados con usted hoy?  Sí  No

¿Ha usado alguna de estas técnicas para el tratamiento y/o control del dolor? Marque todas las que apliquen:

- |  |                                |   |   |                                       |
|--|--------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Descanso                        | <input type="checkbox"/> Hielo | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Advil, Motrin) | <input type="checkbox"/> Terapia Física (¿Por cuánto tiempo?) _____ |                                       |
| <input type="checkbox"/> Inyección                       | <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Acetaminofeno (Tylenol)    | <input type="checkbox"/> Naproxen (Aleve)                           | <input type="checkbox"/> Férula/brace |
| <input type="checkbox"/> Otros (por favor indique) _____ |                                |   |   |                                       |

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

- |   |  |  |   |                                      |
|---|--|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> debilidad      | <input type="checkbox"/> inflamación     | <input type="checkbox"/> falta de movimiento | <input type="checkbox"/> siente que se traba la coyuntura | <input type="checkbox"/> cracking    |
| <input type="checkbox"/> enrojecimiento | <input type="checkbox"/> dolor con tocar | <input type="checkbox"/> inestabilidad       | <input type="checkbox"/> esta cojeando                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> adormecimiento | <input type="checkbox"/> hormigueo       | <input type="checkbox"/> pérdida de peso     | <input type="checkbox"/> fiebre                           | <input type="checkbox"/> escalofríos |

¿Es usted zurdo/a o derecho/a?  Zurdo/a  Derecho/a

¿Toma algún medicamento?  Sí  No En caso afirmativo, indique a continuación:

Nombre de medicamento	Condición Tratada	Nombre de medicamento	Condición Tratada

¿Tiene alguna alergia a medicamentos?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿a qué? \_\_\_\_\_ Tipo de reacción: \_\_\_\_\_

¿Tiene una alergia al látex?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de reacción tiene usted? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una cirugía previa?  Sí  No En caso afirmativo, describa a continuación:

Lado del cuerpo	Parte del cuerpo	Cirugía	Año
Izquierda Derecha N/A			
Izquierda Derecha N/A			
Izquierda Derecha N/A			
Izquierda Derecha N/A			
Izquierda Derecha N/A			

¿Tiene antecedentes familiares de algún hueso o problemas en las articulaciones?  Sí  No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes? Marque todas las que apliquen:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presión alta              | <input type="checkbox"/> Asma                | <input type="checkbox"/> Artritis              |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón         | <input type="checkbox"/> COPD/Enfisema       | <input type="checkbox"/> Cáncer                |
| <input type="checkbox"/> Cirugía en el corazón     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis        | <input type="checkbox"/> Hepatitis             |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia              | <input type="checkbox"/> Alergias            | <input type="checkbox"/> Migraña               |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre        | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacales  | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Reflujo             | <input type="checkbox"/> Lupus                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad en los riñones | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune |

¿Tiene algún otro problema médico que usted cree que debemos conocer?  Sí  No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Fuma?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuántas cajetillas/día? \_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuántos tragos/semana? \_\_\_\_\_

¿Es esta una lesión Compensación de Trabajadores?  Sí  No Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

¿Está trabajando ahora?  Sí  No En caso afirmativo, ¿usted tiene restricciones de trabajo?  Sí  No

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

¿Usted es estudiante?  Sí  No En caso afirmativo, ¿a qué escuela? \_\_\_\_\_

Gracias por tomar el tiempo para proveernos esta información. Esto es muy útil para poder ofrecerle la atención necesaria en una manera eficiente y eficaz. – UHealth Sports Medicine