

**FAVOR DE IMPRIMIR CON UNA PLUMA DE TINTA NEGRA O AZUL**

PLEASE PRINT USING BLACK OR BLUE PEN ONLY

Nombre del paciente: (apellido) (nombre de pila) (inicial)  
Patient's Name: (Last) (First) (M.I.)

Edad del paciente: \_\_\_\_\_ años Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Altura: (pies) \_\_\_\_\_ (pulgadas) \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Patient's Age Years Date of Birth Height (Ft) (In) Weight

Este formulario es completado por:  paciente  esposo(a)  padre/madre  guardián  otro  
This form is being completed by Patient Spouse Parent Guardian Other

<p>¿Cómo se llama su médico principal? Who is your Medical Doctor or Primary Care Physician?</p> <p>Nombre: _____ Name nombre de pila (first) apellido (last)</p> <p>Dirección: _____ Address</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ City State</p>	<p>¿Quién le recomendó a Hinsdale Orthopaedics? _____ Who referred you to Hinsdale Orthopaedics?</p> <p>Médico: _____ Referring Physician</p> <p>Oficio/Profesión del paciente: Occupation</p> <p>¿Cuánto tiempo hace que se gana la vida así? How long have you been doing this work?</p>
---	--

**HISTORIA DE LA ENFERMEDAD CORRIENTE / RAZON POR LA VISITA:**

HISTORY OF PRESENT ILLNESS (HPI) / REASON FOR VISIT:

He llevado conmigo de otra parte:  radiografías  MRI  nada  
I have brought outside films X-Ray MRI None

¿Cuál es su mano dominante?:  derecha  izquierda  
Which is your dominant hand? Right Left

Razón por la visita hoy: \_\_\_\_\_  extremidad derecha  izquierda  
Reason for visit today (por ejemplo: muñeca (wrist), tobillo (ankle), parte baja de la espalda (lowback)) Right Extremity Left Extremity

Fecha aproximada del principio de este problema: \_\_\_\_\_  
Approximate date of the onset of the present problem

¿Cómo se le ocurrió el problema? \_\_\_\_\_  
How did the problem occur?

¿Ha experimentado este problema anteriormente?  No  Sí Si contestó que "sí", descríbalo: \_\_\_\_\_  
Any previous problems to this area? No Yes If yes, describe

1. ¿Con quién ha consultado Ud. por este problema? \_\_\_\_\_  
Who have you seen for this problem? (sala de emergencia, médico familiar, etc./Emergency Room, family physician, etc.)

2. ¿Ha tenido Ud. algún análisis dentro de los últimos doce meses que tiene que ver con su visita hoy?  No  Sí  
Have you had any past test within the last year that pertains to your visit today? No Yes

¿Cuál(es)?  MRI  EMG  densidad de hueso (DEXA)  CT Scan  radiografía  otro  
Which tests? MRI EMG Bone Density (DEXA) CT Scan X-RAY Other

¿Qué tratamiento(s) ha tenido?  terapia física  ejercicios  inyecciones  otro  
What treatments have you had? Physical Therapy Exercises Injections Other

3. Intensidad de dolor (Escriba un círculo): ningún dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dolor severo  
Intensity of pain (circle one): None Severe

4. ¿Cuándo ocurre el dolor o el problema? \_\_\_\_\_  
Timing of pain/problem (Por ejemplo, los síntomas ocurren después de comer, hacer ejercicio/For example: after meals, exercise, etc.)

5. Duración del dolor / del problema: \_\_\_\_\_  
Duration of pain/problem: (¿Cuánto tiempo hace que sufre de los síntomas? ¿Semanas? ¿Meses? ¿Años?/How long: weeks, months, years?)

6. Tipo de dolor:  ardiente  persistente  punzante  agudo  extendid  profundo  otro  
Type of pain Burning Aching Stabbing Sharp Shooting Deep Other

7. ¿Se radía el dolor?  No  Sí ¿Adónde? \_\_\_\_\_  
Does the pain radiate? No Yes To where?

8. ¿Qué medidas alivian el dolor? \_\_\_\_\_  
What measures relieve the pain?

9. ¿Qué agravia el dolor? \_\_\_\_\_  
What makes the pain worse?

**RAZON POR LA VISITA CONTINUADA:**  
REASON FOR VISIT CONTINUED:

¿Se le ocurrió la herida en...?  el trabajo  un accidente de coches  en casa  jugando a un deporte  otro  
*Did your injury occur at: Work Motor Vehicle Accident Home Sports Related Other*

**Si se le ocurrió la herida en el trabajo:**  
*If Injury occurred at work:*

Su título: \_\_\_\_\_  
*Job Title*

Nombre de su empleador: \_\_\_\_\_  
*Employer Name:*

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
*Address: Phone:*

Clase de trabajo hecho: \_\_\_\_\_  
*Type of work Performed:*

¿Le ha dado un reporte a su jefe sobre este caso?  No  Sí  
*Have you filed an injury report with your employer? No Yes*

**SU PROPIA HISTORIA MEDICA**  
YOUR PERSONAL MEDICAL HISTORY

	NO	Sí		NO	Sí		NO	Sí
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota (Gout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Cardíaco/ Enfermedad de Corazón (Heart Attack/Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	latido rápido del corazón (Heart Palpitations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmonía (Pneumonia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad (Anxiety)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B, or C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vejiga Fuera de Control (Bladder Control Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión arterial (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia Pulmonar (Pulmonary Embolism)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones de vejiga (Bladder Infections)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide (Rheumatoid Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendencia de sangrar (Bleeding Tendency)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los riñones (Kidney Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ciática (Sciatica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos de sangre (Blood Clots (DVT))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado (Liver Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes zona (Shingles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (Cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del pulmón (Lung Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones (Seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transtorno de coagulación (Coagulation Disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sis- témico (Lupus Erythematosus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de esteroides (Steroid Use)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión (Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lyme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	úlceras de estómago (Stomach Ulcers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malignant Hyperthermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia (Stroke/TIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraña (Migraine Headache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del tiroi- des (Thyroid Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema (Emphysema/COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple (Multiple Sclerosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo esofágico (Esophageal Reflux (GERD))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoarthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venas varicosas (Varicose Veins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

¿Sufre Ud. de otros problemas médicos que no fueron indicados arriba? \_\_\_\_\_  
*Any other medical problems not listed?*

¿Ha tenido Ud. una radiografía de DEXA (la cadera y la espina) para indicar la densidad de los huesos antes?  No  Sí  
*Have you had a DEXA (Hip & Spine) for bone density before? No Yes*

¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
*When?*

¿Ha experimentado Ud. u otro pariente suyo problemas con la anestesia?  No  Sí  
*Have you or any relatives had problems with anesthesia? No Yes*

¿Tiene Ud. implantes (clavos, bastón, tornillos, etc.)?  No  Sí  
*Do you have any implants (pins, rods, screws, etc.)? No Yes*

Si Ud. contestó que "sí", ¿dónde están? \_\_\_\_\_  
*If so, where are they?*

<b>HISTORIA DE SU CIRUGIA / HOSPITALIZACIÓN PREVIA</b> <i>PAST SURGICAL/HOSPITALIZATION HISTORY</i>		
<b>Año</b> <i>Year</i>	<b>Hospital / Lugar</b> <i>Hospital/Location</i>	<b>Razón</b> <i>Reason</i>

¿Ha experimentado jamás algún problema con la anestesia?  No  Sí  
*Have you ever had any problems with Anesthesia? No Yes*

<b>ALERGIAS</b> <i>ALLERGIES</i>	<input type="checkbox"/> No las tengo. <i>No Allergies</i>	Escriba una lista de cualquier alergia que tiene y su reacción. <i>List any allergies you have and what type of allergic reaction you experience</i>	
El látex <i>Latex Allergy</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	alergia: <i>Allergic to</i>	reacción: <i>Reaction</i>
El metal <i>Metal Allergy</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	alergia:	reacción:
El medicamento <i>Medication Allergy</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	alergia:	reacción:
Otras alergias <i>Other Allergies</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	alergia:	reacción:

<b>HISTORIA DE MEDICAMENTO</b> <i>MEDICATION HISTORY</i>			
<b>Medicamento</b> <i>Medication</i>	<b>Dosis/Potencia</b> <i>Dose/Strength</i>	<b>¿Cuándo se lo toma?</b> <i>When do you take it?</i>	<b>Razón</b> <i>Reason you take the medication</i>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

**FARMACIA PREFERIDA**  
*PREFERRED PHARMACY*

Farmacia: \_\_\_\_\_  
*Pharmacy*

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
*Address: Phone:*

**HISTORIA SOCIAL**  
*SOCIAL HISTORY*

Estado civil:  casado,-a  soltero,-a  viudo,-a  divorciado,-a  separado,-a  otro,-a significativo  
*Marital status: Married Single Widowed Divorced Separated Significant Other*

**Fumar:**  
*Smoking*

- Nunca ha fumado  Fumaba anteriormente  Exposición a humo pasivo  
*Has never smoked Former smoker Exposure to passive smoke*
- Fuma diariamente  Ha sido avisado que lo cese  Ninguna exposición a humo pasivo  
*Currently smokes Has been advised to quit No exposure to passive smoke*

Número de paquetes de cigarrillos fumados a diario: \_\_\_\_\_  
*No. of packs per day*

**Alcohol:**

- Se toma alcohol  No se lo toma  
*Drinks alcohol Does not drink alcohol*
- Número de bebidas alcohólicas consumidas diariamente: \_\_\_\_\_  
*No. of Drinks per day*

**HISTORIA SOCIAL**

SOCIAL HISTORY

**Drogas:**  
Drugs

¿Toma Ud. drogas sin receta, incluso las drogas de recreación?  
Are you taking any unprescribed drugs, including recreational drugs?  No  Sí

Si contestó que "sí", explique: \_\_\_\_\_  
If yes, please specify:

**Ejercicio físico:**  
Exercise:

Hace ejercicio a menudo  No suele hacer ejercicio  
Exercises regularly Does not exercise regularly

**Domicilio:** ¿Vive el paciente ahora en un asilo de ancianos o de rehabilitación?  
Residence: Is patient currently residing at a Nursing/Rehab facility?  No  Sí

Si contestó que "sí", indique el nombre y la dirección del asilo: \_\_\_\_\_  
If yes, name and address of facility:

**HISTORIA OBSTETRICA (SOLO PARA LAS HEMBRAS)**

OBSTETRICAL HISTORY (FOR FEMALES ONLY)

¿Está Ud. embarazada ahora?  No  Sí Número de hijos \_\_\_\_\_ De embarazos \_\_\_\_\_ De partos \_\_\_\_\_  
Are you currently pregnant? NO YES No. of Children No. of Pregnancies No. of Deliveries

**SU HISTORIA MEDICA FAMILIAR (PADRES Y HERMANOS)**

YOUR FAMILY MEDICAL HISTORY (PARENTS, SIBLINGS AND OTHER RELATIVES)

	Padre Father	Madre Mother	Hermano,-a Sibling	Otro Other		Padre Father	Madre Mother	Hermano,-a Sibling	Otro Other		Padre Father	Madre Mother	Hermano,-a Sibling	Otro Other
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota (Gout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Cardíaco/ Enfermedad de Corazón (Heart Attack/Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	latido rápido del corazón (Heart Palpitations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmonía (Pneumonia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad (Anxiety)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B, or C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vejiga Fuera de Control (Bladder Control Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión arterial (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia Pulmonar (Pulmo- nary Embolism)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones de vejiga (Bladder Infections)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide (Rheu- matoid Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendencia de sangrar (Bleeding Tendency)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los riñones (Kidney Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ciática (Sciatica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos de sangre (Blood Clots (DVT))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado (Liver Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes zona (Shingles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (Cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del pulmón (Lung Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones (Seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de coagulación (Coagulation Disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sis- témico (Lupus Erythematosus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de esteroides (Ste- roid Use)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión (Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lyme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	úlceras de estómago (Stomach Ulcers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malignant Hyperthermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia (Stroke/TIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraña (Migraine Headache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del tiroides (Thyroid Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema (Emphysema/COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple (Multiple Sclerosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo esofágico (Esophageal Reflux (GERD))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoarthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venas varicosas (Varicose Veins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

¿Cualquier otro problema médico que no fue indicado por arriba? \_\_\_\_\_  
Any other medical problems not listed?

<b>REPASO DE SISTEMAS</b>   Por favor, indique cuál, si hay alguno, de los siguientes problemas ha tenido por escribir un círculo alrededor de "Sí" o "No" <small>REVIEW OF SYSTEMS (ROS) Please indicate which, if any, of the following problems you have by circling YES or NO</small>											
<b>Constitucional</b> <i>(Constitutional)</i>				<b>Oídos/Nariz/Boca/Garganta</b> <i>(Ears/Nose/Mouth/Throat)</i>				<b>Ojos</b> <i>(Eyes)</i>			
Buena salud en general <i>(Good general health)</i>	Sí	No	Pérdida de audición o zumbido <i>(Hearing loss or ringing)</i>	Sí	No	Lleva anteojos/lentes de contacto <i>(Wear glasses/contacts)</i>	Sí	No	Cambio de peso reciente <i>(Recent weight change)</i>	Sí	No
Sudor por la noche o fiebres <i>(Night sweats, fevers)</i>	Sí	No	Problemas con la fistula <i>(Sinus problems)</i>	Sí	No	Vista empanada o doble <i>(Blurred/double vision)</i>	Sí	No	Fatiga <i>(Fatigue)</i>	Sí	No
	Sí	No	Hemorragia nasal <i>(Nose bleeds)</i>	Sí	No	Enfermedad o herida del ojo <i>(Eye disease or injury)</i>	Sí	No		Sí	No
	Sí	No	Dolor de garganta/Cambio de voz <i>(Sore throat/voice change)</i>	Sí	No		Sí	No		Sí	No
<b>Cardiovascular</b>				<b>Respiratorio</b> <i>(Respiratory)</i>				<b>Gastrointestinal</b>			
Dolor en el pecho <i>(Chest pain)</i>	Sí	No	Falta de respiración <i>(Shortness of breath)</i>	Sí	No	Náusea/Vómito <i>(Nausea/vomiting)</i>	Sí	No	Palpitaciones <i>(Palpitations)</i>	Sí	No
Problemas con el corazón <i>(Heart trouble)</i>	Sí	No	Tos <i>(Cough)</i>	Sí	No	Dolor abdominal <i>(Abdominal pain)</i>	Sí	No	Hinchazón de manos/pies <i>(Swelling hands/feet)</i>	Sí	No
	Sí	No	Desgarra sangre <i>(Coughing up blood)</i>	Sí	No	Sangre rectal <i>(Rectal bleeding)</i>	Sí	No		Sí	No
	Sí	No		Sí	No	Problemas con la tripa <i>(Bowel problems)</i>	Sí	No		Sí	No
<b>Trastornos musculoesqueléticos</b> <i>(Musculoskeletal)</i>				<b>Neurológico</b> <i>(Neurological)</i>				<b>Tegumentario (Piel/Seno)</b> <i>(Integumentary (Skin/Breast))</i>			
Dolor muscular o calambres <i>(Muscle pain or cramps)</i>	Sí	No	Frecuente dolor de cabeza <i>(Frequent headaches)</i>	Sí	No	Cambio en el pelo o las uñas <i>(Change in hair or nails)</i>	Sí	No	Rigidez o hinchazón de coyunturas <i>(Stiffness/swelling joints)</i>	Sí	No
Dolor de coyunturas <i>(Joint pain)</i>	Sí	No	Parálisis o temblores <i>(Paralysis or tremors)</i>	Sí	No	Erupciones o picazones <i>(Rashes or itching)</i>	Sí	No	Dificultad caminando <i>(Trouble walking)</i>	Sí	No
	Sí	No	Falta de sensación o hormigueo <i>(Numbness/tingling)</i>	Sí	No	Bola en el seno <i>(Breast lump)</i>	Sí	No		Sí	No
	Sí	No		Sí	No	Dolor o secreción del seno <i>(Breast pain or discharge)</i>	Sí	No		Sí	No
<b>Endocrino</b> <i>(Endocrine)</i>				<b>Hematológico/Linfático</b> <i>(Hematologic/Lymphatic)</i>				<b>Alérgico/Inmunológico</b> <i>(Allergic/Immunologic)</i>			
Sed/orinación excesiva <i>(Excessive thirst/urination)</i>	Sí	No	Hacerse moretones fácilmente <i>(Bruise easily)</i>	Sí	No	Alergias a la comida <i>(Food allergies)</i>	Sí	No	Problemas hormonales <i>(Hormone problem)</i>	Sí	No
	Sí	No	Curarse lentamente <i>(Slow to heal)</i>	Sí	No	Alergias a la aspirina <i>(Aspirin allergies)</i>	Sí	No		Sí	No
	Sí	No	Glándulas agrandadas <i>(Enlarged glands)</i>	Sí	No	Alergias a los antibióticos <i>(Antibiotic allergies)</i>	Sí	No		Sí	No
	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No
<b>Genitourinario (Solo varones)</b> <i>(Genitourinary (Male Only))</i>				<b>Genitourinario (Solo hembras)</b> <i>(Genitourinary (Female Only))</i>				<b>Psiquiátrico</b> <i>(Psychiatric)</i>			
Sangre en la orina <i>(Blood in urine)</i>	Sí	No	Sangre en la orina <i>(Blood in urine)</i>	Sí	No	Insomnio <i>(Insomnia)</i>	Sí	No	Piedras del riñón <i>(Kidney stones)</i>	Sí	No
Problemas sexuales <i>(Sexual problems)</i>	Sí	No	Piedras del riñón <i>(Kidney stones)</i>	Sí	No	Confusión/Pérdida de memoria <i>(Confusion/memory loss)</i>	Sí	No	Problemas sexuales <i>(Sexual problems)</i>	Sí	No
Dolor de testículo <i>(Testicle pain)</i>	Sí	No	Problemas sexuales <i>(Sexual problems)</i>	Sí	No	Ansiedad <i>(Anxiety)</i>	Sí	No	Dolor de testículo <i>(Testicle pain)</i>	Sí	No
	Sí	No	Problemas menstruales <i>(Menstrual problems)</i>	Sí	No	Abuso de sustancias controladas <i>(Substance abuse)</i>	Sí	No		Sí	No

**CERTIFICACION POR EL PACIENTE O LA PERSONA ENCARGADA**  
*(CERTIFICATION BY PATIENT OR RESPONSIBLE PARTY)*

He repasado la información que acabo de escribir y resumir en esta evaluación del paciente. Juro que toda la información dada es precisa y completa a mi parecer.  
*(I have reviewed the information which I have submitted and is contained in this Patient Assessment. I certify that all information given is accurate and complete to the best of my knowledge.)*

Firma del paciente o de la persona encargada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*(Patient's or Responsible Party's Signature: (Date))*

**CERTIFICACION POR EL MEDICO**  
*(CERTIFICATION BY PHYSICIAN)*

He repasado la información contenida en esta evaluación con el paciente indicado aquí o con la persona encargada que ha provisto la información por parte del paciente.  
*(I have reviewed the information contained in this Patient Assessment with the patient named within or Responsible Party who submitted the information on the Patient's behalf.)*

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*(Physician's Signature (Date))*

Temp \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_  Reg  Irreg. Resp. \_\_\_\_\_