

# UNIVERSITY ORTHOPEDICS

Cuestionario para examination Orthopedica

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Occupation de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Estatura \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Escribe con su mano: Derecha Izquierda (circule uno)  
Parte(s) de su cuerpo lesionada(s) o razon para su visita: \_\_\_\_\_

## Detalles de su lesion Cuando, Donde ¿Como ocurrio su lesion?:

Fecha de su lesion: \_\_\_\_\_ si no fue lessionado ¿cuando comenzo su problema?: \_\_\_\_\_  
Su leson es asociada a **Trabajo:** SI NO **Accidente en automovil:** SI NO  
Otro: Escuela, Deportes, Actividades, Explique: \_\_\_\_\_

¿Algun tratamiento Previo? (incluyendo Medicamentos) \_\_\_\_\_

## Historial de su enfermedades actuales:

Nombre de Doctor que le dio tratamiento: \_\_\_\_\_

Lugar donde tiene Dolor (ejemplo: codo, brazo, pierna, rodilla, mano, hombro tobillo, pie, talon)

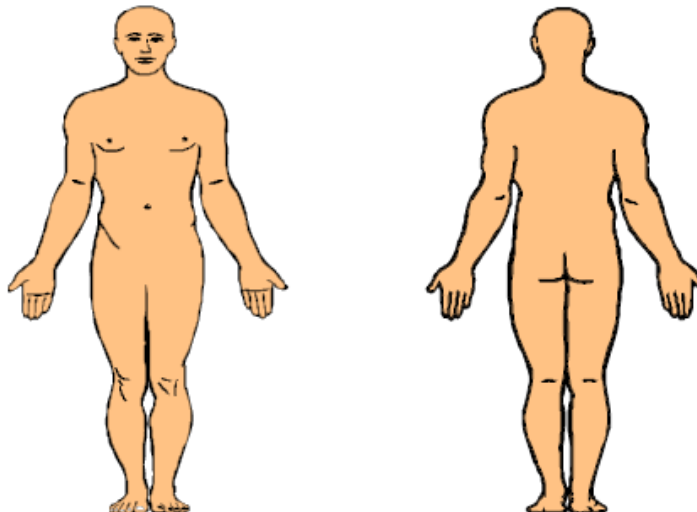
Severidad de su dolor 0 Poco Dolor 10 Mucho Dolor ¿Como describiria usted su dolor?

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Como describe el dolor (ejemplo: flojo, agudo, dolorido, ardiente, palpitante, encojido, repentino, Que incapasita, espinozo, punzante, otro)

Que hace mejorar el dolor: (ejemplo: descansar, calor, frio, elevacion, terapia fisica, tirantes, injections, alguna posicion, medicamentos)

**DIBUJE EL LUGAR DE SU DOLOR:** Coloque X's en los lugares donde su dolor es mas fuerte usando el diagrama abajo:



# UNIVERSITY ORTHOPEDICS

(Imprima y complete)

Apellido de el Paciente: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Initial \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero De Telefono: Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Numero De Licencia: \_\_\_\_\_ Correo electronico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

(Marca con X si applica al Paciente)

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Divorziado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a)

**Empleo:** \_\_\_\_\_ Tiempo Completo \_\_\_\_\_ Tiempo Parcial \_\_\_\_\_ Retirado(a) \_\_\_\_\_ Desempleado(a)

**Estudiante:** \_\_\_\_\_ Tiempo Completo \_\_\_\_\_ Tiempo Parcial \_\_\_\_\_ No soy estudiante.

Empleador Del Paciente: \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Dirreccion de el Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo(a) o Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Num de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Empleador de el Esposo(a) o Padre: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Doctor de cabecera: \_\_\_\_\_ Num de telefono: \_\_\_\_\_ Faxcimile: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia y relacion al paciente: \_\_\_\_\_ Num de Telefono \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que lo refirio (doctor, instalaciones, fuente) \_\_\_\_\_ Num de Telefono \_\_\_\_\_

Si no fue referido ¿como escucho acerca de nosotros? \_\_\_\_\_

❖ **Razon de su visita /síntomas:** \_\_\_\_\_ **Fecha de lssion o comienso:** \_\_\_\_\_

¿Su lesion es relacionada al trabajo?: SI NO si ¿A llenado un reclamo para compensacion del trabajo? SI NO

Si lleno un reclamo, ¿cual es su numero de reclamo? \_\_\_\_\_ nombre de ajustador: \_\_\_\_\_

Numero de telefono del Ajustador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Num de faximile del ajustador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

---

## HEALTH INSURANCE INFORMATION

Relacion del Paciente al suscriptor (marca con X) \_\_\_\_\_ Yo mismo \_\_\_\_\_ Esposo(a) \_\_\_\_\_ Hijo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

❖ Nombre de su aseguranza primaria: \_\_\_\_\_

Nombre de suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de suscriptor \_\_\_\_\_ # SS \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

❖ Nombre de su aseguranza secundaria: \_\_\_\_\_

Nombre de suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de suscriptor \_\_\_\_\_ # SS \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

---

---

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, el firmante abajo, de quien su nombre aparece arriba, consiento y autorizo todo tratamiento diagnostico y therapeutico considerado necesario o recomendado por Asghar Husain M.D.

**Firma de el paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(si es menor, este documento debe ser firmado por un Padre o representante legal)

**POR FAVOR INDIQUE DIFERENCIA EN APELLIDO**

# UNIVERSITY ORTHOPEDICS

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, el firmante abajo, consiento y autorizo todo tratamiento diagnostico y therapeutico considerado necesario o recomendado por Asghar Husain M.D

**Firma de el paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(si es menor, este documento debe ser firmado por un Padre o representante legal)

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo, por este medio autorizo a Asghar Husain M.D., a divulgar cualquier information adquirida durante el curso de mi examinacion y o tratamiento a la administracion de seguro social, la administracion de cuidado medica financiera sus intermediarios o portadores, Cualquier informacion necesitada por Medicare o otros reclamos de aseguranza. Yo permito copias de esta autorizacion a ser utilizadas en lugar de la copia original y solicito pago de los beneficios de aseguranza medica a mi o a la otra parte que acepta asignacion. Esta autorizacion es para toda la vida. Yo, estoy de acuerdo en pagar por completo todos los servicios medicos prestados por el doctor arriba. Si yo fracaso pagar los cargos, Yo estoy de acuerdo en pagar los cargos de collection incluyendo cargos rasonables de abogado.

**Firma de el paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(si es menor, este documento debe ser firmado por un Padre o representante legal)

## AUTORIZACION DE DIVULGACION DE INFORMATION

Yo, autorizo a la oficina de el Dr. Asghar Husain a divulgar cualquier information medica en referencia a my cuidado medico a : \_\_\_\_\_

Yo, Entiendo que si algun hospital, doctor, familiar o esposo(a) llamase para adquirir alguna information y su nombre no esta enlistado arriba, nuestra officina no podra divulgar ninguna information.

**Firma de el paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(si es menor, este documento debe ser firmado por un Padre o representante legal)

## AVISO DE POLITICA DE PRIVACIDAD DE UNIVERSITY ORTHOPEDICS

Yo, \_\_\_\_\_ (imprima nombre) e recibido y leido el aviso de politica y practica de privacidad de University Orthopedics (si recibe papeleo en mano o en linea el aviso de privacidad esta wn una pagina separada)

**Firma de el paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(si es menor, este documento debe ser firmado por un Padre o representante legal)

# UNIVERSITY ORTHOPEDICS

A todos los pacientes de University Orthopedics,

En un esfuerzo por continuar mejorando nuestra disponibilidad durante horas de servicio, hemos implementado una política que surge en efecto Enero 1, 2006. Por favor tenga en cuenta que será requerida una notificación de cancelación o aviso de cambio de hora de por lo menos 24 horas antes de su cita. Falta de notificación resultará en un cobro de \$25.00 dólares.

agradecemos su comprensión.

Yo, He leído y entendido esta política:

Nombre de el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

# UNIVERSITY ORTHOPEDICS

**ENFERMEDADES:** (Por favor circule **Si** o **No** si tiene alguno de los problemas medicos siguientes)

Alta Pression	Si	No	Diabetes	Si	No	Problemas de el corazon	Si	No
Problemas respiratorios	Si	No	Embolia /Atake	Si	No	Cáncer	Si	No
Problemas de sangrado	Si	No	VIH/SIDA	Si	No			
Embolia pulmonar	Si	No	Coágulo de sangre	Si	No			
Problemas Gastrointestinales	Si	No	Otro Problema: _____					

Historial de cirugías, hospitalizaciones, lesiones y fecha aprximada: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** (Por favor circule si aplica)  Ninguno

Tinta de contraste    Sulfa    Penicilina    Anesteticos locales    Latex    Yodo    Crustáceos

Otra: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES:**  Ninguno

Nombre de el medicamento	Dosis	Frecuencia

**HISTORIAL DE FAMILIA:** (Por favor enumere cualquier historial de problemas medicos en su familia)

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Hermano(a)s: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**HISTORAIL SOCIAL:** (Por favor circule si aplica)

Estatus Marital:	Soltero(a)	Casado(a)	Separado	Viudo	Divorciado	Pareja
Consumo de Tabaco:	Nunca	Paquetes por dia	Cuantos Años	Paro de fumar Cuando:		
Consumo de bebidas alcoholicas:	Nunca	Raramente	Moderadamer	Cantidad Diaria:		
Consumo de drogas:	Nunca	Tipo y frecuencia:				

Por favor circule más alto nivel de la educación

Escuela Superior    Colegio    Escuela de comercio    Escuela de postgrado    Escuela Profesional

**REVISION DE SINTOMAS:** (Por favor circule Si o No si tiene alguno de los problemas medicos siguientes)

<b>Constitucional:</b>			<b>Oidos/ Nariz/Boca/garganta</b>			<b>Ojos:</b>		
Buena Salud en general	Si	No	Perdida de audicion/Zumbido	Si	No	Utiliza lentes o contactos	Si	No
Cambios recientes en su peso	Si	No	Sinusitis	Si	No	Vision borrosa o double	Si	No
Sudores nocturnos/ Fiebre	Si	No	Sangrados Nasales	Si	No	Enfermedad o lesion en ojo	Si	No
Fatiga	Si	No	Dolor garganta/cambio de voz	Si	No	Glaucoma	Si	No
<b>Cardiovascular:</b>			<b>Respiratorio:</b>			<b>Gastrointestinales</b>		
Dolor en el pecho	Si	No	Falta de aliento	Si	No	Náuseas, vómitos	Si	No
Palpitaciones	Si	No	Tos	Si	No	Dolor abdominal	Si	No
Problemas de el corazon	Si	No	Sibilancia / Asma	Si	No	Rectorragia	Si	No
Hinchazón de las manos y pies	Si	No	Tos con sangre	Si	No	Problemas intestinales	Si	No
<b>Musculosqueléticos:</b>			<b>Neurológicos:</b>			<b>Sistema integumentario:</b>		
Dolores musculares/calambres	Si	No	Dolores de cabeza frecuentes	Si	No	Cambio en su cabellera o uñas	Si	No
Rigidez/Hinchazon en articulacione	Si	No	Parálisis o temblores	Si	No	Salpullido o picor	Si	No
Dolor en las articulaciones	Si	No	Convulsiones o ataques	Si	No	Masa en el seno	Si	No
Problemas Caminando	Si	No	Entumecimiento/Hormigueo	Si	No	Dolor o descarga del seno	Si	No
<b>Endocrino:</b>			<b>Hematológico/Linfático:</b>			<b>Alergias/ Inmunologico:</b>		
Sed o urinacion excesiva	Si	No	Moretones facilmente	Si	No	Allergia alguna comida	Si	No
Enfermedad de la tiroide	Si	No	Lento de curar	Si	No	Allergia a la aspirina	Si	No
Problemas hormonales	Si	No	Glándulas engrandecidas	Si	No	Allergia a Antibioticos	Si	No
<b>Genitourinario: Masculino</b>			<b>Genitourinario: Femenino</b>			<b>Psiquiátrico:</b>		
Sangre en la orina	Si	No	Sangre en la orina	Si	No	Insomnia	Si	No
Piedras en los riñones	Si	No	Piedras en los riñones	Si	No	Confucion/ perdida de memoria	Si	No
						Depresion	Si	No

## **Politica de cheques sin fondos**

Por cualquier cheque sin fondos habra un cobro de \$25.00 dolares Ademas de la cantidad original por la que fue escrito el cheque. Como consecuencia University Orthopedics no volvera a aceptar cheques de este individuo.

Favor de Firmar abajo para confirmar que a leido y comprende esta politica.

**Firma:** \_\_\_\_\_

Gracias,  
University Orthopedics