

INFORMACION DE NUEVA PACIENTE

Nombre _____ Fecha _____ Edad _____

Como sabia usted sobre la clinica de la mano? _____

El medico que le refirio usted a esta oficina o el medico primario del cuidado de usted (si el medico no es quien le refirio):

Nombre _____

Direccion de oficina _____ Codigo postal _____

Telefono de oficina _____ Fax _____

El medico que le refirio usted a esta oficina

Nombre _____

Direccion de oficina _____ Codigo postal _____

Telefono de oficina _____ Fax _____

Por favor circunde sus respuestas:

Utiliza usted su: Mano derecha o Mano izquierda

Cual es su ocupacion o que clase de trabajo hace usted? _____

Este problema es relacionado a su trabajo? Si o No

Patron _____

Acaso que si apunte su numero de OWCP o de L&I _____

Tiene un abogado trabajando en este problema _____

Si, quien es? _____

Medico remitir a usted a la clinica de manos? _____

Por favor describir la problema esa que trae aqui ustedes hoy: _____

Donde esta la problema localizada? Derecha, izquierda o los dos _____

Quando y como comenzo la problema? (Fecha de herida) _____

Circunde los sintoma que describir su problema:

Inflexibilidad Dolor Inestabilidad Entumecimiento Hinchazon Otro _____

Si usted tene dolor por favor circule la descripcion que mas apropiado:

Pungente Dolorido Ardiente Punalada Pesado Apagado

Circunde el numero que correspondiente con la intensidad de el dolor o otro sintomas:
(De 1 es de no dolor y 10 es el peor dolor imaginable) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Circule todos los aque aplican esta el dolor mayor?

Gradualmente mayor, Rapidamente mayor, Peor, Gradualmente peor,
Rapidamente peor

Que mejorar tu sintomas? _____

Que hace tu sintomas peores? _____

As tenido cirugia antes para esta problema? Si No

Si, por favor describir: (incluido cuando, donde, el cirujano, y era beneficio la cirugia)

Que estudios hay tenido para esta problema? (circule todos los que aplican)

Radiografia CT Imagen magnetico Estudio de nervios Arthrogram
Examine de hueso

Tienes alergias? Si No Si es asi listelos por favor.

A las medicaciones? _____

A las comidas? _____

Es usted alergico al latex? Si No Es usted alergico al yodo? Si No

Por favor lista todas las medicaciones que toma usted. Incluya la dosis y la frecuencia:

Lista por favor todas las cirugias que usted ha tenido y la fecha:

Usted tiene cualquiera de los problemas medicos siguientes?

General (aumento del peso/perdida del peso, fatiga, insomnio) No Si

Comentarios _____

Vision (lentes/lentes de contacto, cataralas, glaucoma) No Si

Comentarios _____

Oido/Nariz/Garganta (problemas del sino, perdida de oido, sonido en oidos) No Si

Comentarios _____

Cardiaco (irregular latido del corazon, alta presion, agitacion en pecho) No Si

Comentarios _____

Pulmonar (corto de resuello, enfermedad de la pulmon, tos persistente) No Si
Commentarios _____

Estomago e Intestinal (disminuido apetito, estrenimiento, acedia, nausea, diarrea, hepatitis A, B, C) No Si
Commentarios _____

Musculo e Esqueletico (arthritis, fracturas, esguinces) No Si
Commentarios _____

Organos genitale e urinario sistemas (piedras del rinon, infecciones de la vejiga o del rinon, problemas de la prostate) No Si Commentarios _____

Piel (hinchazon, ampollas, dermatitis, eczema) No Si
Commentarios _____

Neurologico (problemas con tragar, asimientos, sensacion de homiguelo, entumecimiento, severos dolores de cabeza) No Si
Commentarios _____

Psiquiatrico (ansiedad, depression, otro) No Si
Commentarios _____

Endocrino (creciente sed, diabetes) No Si Commentarios _____

Hematologia (problemas desangran o de coagulaciones, anemia, hinchados o agrandados nodos de linfa) No Si Commentarios _____

Inmunologico (fiebre del heno, lupus, HIV/AIDS) No Si
Commentarios _____

Lista por favor cualquier otro problema medico para las cuales le esten tratando: _____

Circunde por favor si cualquiera de sus miembros inmediatos de la familia (padres, ninos, hermanos) han tenido el siguiente:

Diabetes	Hypertension	Embolia	Gota	Ataque del Corazon
Cancer	Depresion	Artritis	Reumatoide	Desorden del rinon
Otro	_____			

Usted esta casado? Si No Otra relacion: _____ Children? Si No Cuantos: _____

Usted fuma o utilize tabaco? Si No Cuantos paquetes por semana? _____

Usted consume el alcohol? Si No Cuantos vasos o botellas por semana? _____

Usted tiene o usted ha renido un problema con la droga o el alcohol abuse? Si No

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma Del Medico: _____ Fecha: _____

