

ESTABLISHED NEW ORTHOPEDIC PROBLEM – QUESTIONNAIRE

First Name (Nombre): _____		Last Name (Apellido): _____		NOTE: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. <i>(Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)</i>
Today's Date: (Fecha de hoy) _____				
Date of birth: (Fecha de nacimiento) _____		Age : (Edad) _____	Preferred Language: (Idioma Preferido) _____	Race/Ethnicity: (Raza/Etnicidad) _____
Primary Care Doctor/Provider: (Médico de atención primaria) _____			Referring Physician (Médico que lo refirió) : <input type="checkbox"/> Same as Primary Doctor (Igual que el Médico de atención primaria)	
Was this caused by an injury? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Fue esta causada por una lesión?)		Is this a work related injury? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Es esta una lesión relacionada con el trabajo?)		If yes, date of injury: (En caso afirmativo, fecha de la lesión) _____
Employer: (Empleador) _____			Occupation: (Ocupación) _____	
Are you allergic to any medications? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Es usted alérgico a algún medicamento?)		If yes, please list and state reaction: (En caso afirmativo, por favor indique y explique qué reacción tuviste:) _____ _____ _____		

HISTORY of CHIEF COMPLAINT (HISTORIA de la QUEJA PRINCIPAL)

1. **What body part are you seeing the doctor for today?** Right (Derecho) Left (Izquierda) _____
(¿El médico está viendo qué parte de su cuerpo hoy?)
2. **What is your complaint?** _____
(¿Cuál es su queja?)
3. **How did it start?** _____ **When?** _____
(¿Cómo empezó todo?) (¿Cuándo?)
4. **How severe is it?** Mild (Leve) Moderate (Moderado) Severe (Grave) Other (Otro) _____
(¿Lo malo es?)
5. **Clinical progression** (ex. not changed, improving, worsening):
(La progresión clínica - ex. no ha cambiado, mejorando, empeorando) _____
6. **What causes symptoms to worsen?** (ex. activity, rest, night-time)
(¿Qué causa los síntomas que empeoran? (ej. la actividad, el descanso nocturno) _____
7. **What causes symptoms to improve?** _____
(¿Qué causa los síntomas que mejoran?)
8. **What remedies have you tried?** _____
(¿De qué recursos han intentado?)
9. **Have you had similar problems before?** (¿Ha tenido problemas similares antes?) Yes (Si) No
10. **Have you had previous injury or surgery in this area?** Yes (Si) No **If yes, when?** (¿Cuándo?) _____
(¿Ha tenido una lesión previa o cirugía en esta área?)

Current height (Altura actual): _____	Current weight (Peso actual): _____	
Preferred Pharmacy (Farmacia Preferida): _____		
Pharmacy address & phone # (Preferida – dirección y numero de teléfono): _____		
List ALL medications you currently take. Specify each one below or provide a separate list. (Enumere todos los medicamentos que toma actualmente. Especifique cada uno abajo o proporcione una lista separada.)		
1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____

Physician's Notes:

REVIEW OF SYSTEMS (REVISIÓN DE SISTEMAS)

Condition (Condición)	Yes (Sí)	No	Condition (Condición)	Yes (Sí)	No	Condition (Condición)	Yes (Sí)	No
Fever (Fiebre)			Joint swelling (Inflamación de las articulaciones)			Dry mouth (Sequedad en la boca)		
Unusual weight loss (Pérdida de peso inusual)			Rash (Erupción)			Heartburn or ulcers (Acidez estomacal o úlceras)		
Weight gain (El aumento de peso)			Skin infections (Infecciones de la piel)			Diarrhea (Diarrea)		
Fatigue (Fatiga)			Vision loss (Pérdida de a visión)			Constipation (Estreñimiento)		
Depression (Depresión)			Blurring of vision (Visión borrosa)			Frequent urinations (Orinar con frecuencia)		
Sleep disturbances (Trastornos del sueño)			Dry eyes (Ressequedad en los ojos)			Recurrent urinary infection (Infección urinaria recurrente)		
Joint pain (Dolor de las articulaciones)			Hearing loss (La pérdida de audición)			Decreased Strength (disminucion de la fuerza)		
Bruising (Hematomas)			Decreased range of motion (Disminución del rango de movimiento)			Chest Pain (Dolor de pecho)		
Drainage (Drenaje)			Numbness of Extremities (Entumecimiento de las extremidades)			Cough (Tos)		
Leg Swelling (Hinchazón de las piernas)			Shortness of Breath (Falta de aliento)					
Pain (Dolor)								

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Diabetes mellitus (Diabetes mellitus)			Hypertension – high blood pressure (Alta presión arterial)			Gout (Gota)		
Glaucoma (Glaucoma)			Coronary artery disease (Enfermedad de la arteria coronaria)			Arthritis (Artritis)		
GI Bleeding/Ulcers (Hemorragia gastrointestinal/Úlceras)			Pacemaker (Marcapasos)			Rheumatoid arthritis (La artritis reumatoide)		
Diverticulitis (Diverticulitis)			Stroke (Derrame cerebral)			Anxiety/Depression (Ansiedad/Depresión)		
Anemia (Anemia)			Bleeding problems (Problemas de sangrado)			Kidney disease (Enfermedad del riñon)		
HIV/AIDS (VIH/SIDA)			Clotting disorder (Trastorno de coagulación)			Dialysis/Kidney failure (Diálisis/La insuficiencia renal)		
Asthma (Asma)			Blood thinners (Anticoagulantes)			Hepatitis (Hepatitis)		
Emphysema (Enfisema)			Varicosities/Phlebitis (Varices/Flebitis)			Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)		
Seizures (Convulsiones)			Hormone problems (Problemas hormonales)					
Cancer (Cáncer)			If yes, what type of cancer and where? (En caso afirmativo, qué tipo de cáncer y dónde?)					

Other medical history (Otro historial medico):

SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICA)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Hip surgery (Cirugía de cadera)			Bunionectomy (Bunionectomía)			Breast Surgery (Cirugía de mama)		
Knee surgery (Cirugía de la rodilla)			Carpal tunnel release (La liberación del túnel carpiano)			Oophorectomy/Ovariectomy (Ooforectomía/Ovariectomía)		
Shoulder surgery (Cirugía del hombro)			Appendectomy (Apendectomía)			Hysterectomy (Histerectomía)		
Rotator cuff tear (Desgarro del manguito rotadores)			Tonsillectomy (Amigdalectomía)			Gynecologic cryosurgery (Ginecológica criocirugía)		
Back surgery (Cirugía de la espalda)			Vein surgery (Cirugía de la vena)			Prostate surgery (Cirugía de la próstata)		
Fracture Surgery (Cirugía de fractura)			Heart surgery (Cirugía de corazón)			Hernia repair (Reparación de la hernia)		
Amputation (Amputación)			Pacemaker (Marcapasos)			Cholecystectomy/Gallbladder removal (Colecistectomía-extirpación de la vesícula)		
Cancer Surgery (Cirugía del cáncer)			Other surgical history (Otro historial de cirugía):					

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

<input type="checkbox"/> Adopted or history unknown (Adoptado/a Adoptado o historia desconocida)																							
Relationship (Relación)	Heart failure (Insuficiencia cardíaca)	Cancer (Cáncer)	Arthritis (Artritis)	Rheumatoid arthritis (La artritis reumatoide)	Lupus (Lupus)	Gout (Gota)	Diabetes (Diabetes)	Congenital Disease (Enfermedad congénita)	Muscle disease (Enfermedad muscular)	Blood clots (Los coágulos de sangre)	Bleeding Disorder (Trastorno de la coagulación)	Died at Age: (Murio a la edad)											
Mother (Madre)																							
Age of onset (La edad de inicio):																							
Father (Padre)																							
Age of onset (La edad de inicio):																							
Details (Detalles):																							