

Información del Paciente y Antecedentes Médicos

Nombre: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (celular) _____ (casa) _____ (trabajo) _____

¿Casado? Sí No Correo electrónico: _____

Fecha-Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Ocupación: Hogar Jubilado _____ Últimos cuatro números de SSN: _____

¿Como supo de nosotros? Revista-Novedades Periódico Anuncio Amistad: _____

TV: Canal 41 Internet Medico _____

Estado de seguro medico por Medicare, Medicaid:

¿Está cubierto o recibe beneficios a través de Medicare? Sí No

¿Está cubierto o recibe beneficios a través de Medicaid? Sí No

Estado Legal De Su Problema y Caso:

Su problema de dolor esta relacionado a una demanda legal abierta o asunto relacionado con:

- ¿Compensación del trabajador (workers compensation) por lastimadura en el trabajo? Sí No

- ¿Accidente del automóvil? Sí No

- ¿Reclamación de lesiones personales? Sí No

¿Se ha puesto en contacto o ha retenido a un abogado para ayudarle con su reclamación o demanda? Sí No

Nombre, teléfono y dirección del abogado: _____

Estado de Discapacidad

¿Está recibiendo beneficios del seguro privado de discapacidad? Sí No

¿Usted recibe beneficios de seguro social del gobierno? Sí No

¿Usted recibe beneficios de Administración de Veteranos por discapacidad relacionado al servicio militar? Sí No

Información del Paciente y Antecedentes Médicos - continúa.

Problema actual del dolor - ¿Cuál es su principal problema y qué parte de su cuerpo el problema afecta más?

¿Ha estado presente durante cuánto tiempo?: _____

¿Su problema esta?: Mejorando Empeorando Igual

¿Cómo comenzó su problema o principio?: _____

¿Se realizó una prueba de nervios/EMG? Sí - No ¿Hizo mostrar la neuropatía? Sí - No

Describe su dolor - Círculo todo que se aplican - ¿Es su dolor?:

constante intermitente exprimir dolor agudo apretado ardor hormigueo entumecido disparo-eléctrico
frío peor en la noche peor con cojinete de peso alfileres-agujas pulsátil presión

Otras palabras: _____

¿Cuál es su puntuación media de dolor: Si cero es ningún dolor y 10 (diez) es el peor dolor que puede imaginar, de 0 a 10, ¿Cuál es su puntuación de dolor promedio?:

¿Es usted? : Diestro Zurdo Ambos

¿Su estatura es? : _____

Sí No ¿Es un fumador?

Sí No ¿Consume alcohol?

Antecedentes Médicos: (Hágale un círculo a Sí o No y explique las respuestas afirmativas)

Sí No ¿Tiene control de su orina o materia fecal?
¿Si no, esto es debido a la neuropatía? No Sí No sé

Sí No ¿Es alérgico a Anestésicos Locales como la Lidocaína, Xilocaína o metales?

Sí No ¿A qué medicamentos es alérgico?

Sí No ¿Tiene algún antecedente de reacciones severas, alérgicas/anafilácticas potencialmente mortales u otras alergias severas múltiples?

Sí No ¿Alguna vez tuvo alguna reacción seria a las cremas hidratantes o a otros productos Ácidos hialurónicos?

Información del Paciente y Antecedentes Médicos - continúa.

- Sí No ¿Se ha realizado algún análisis de laboratorio que incluyó: ¿ (Hemograma completo, Tiempo de protrombina, tromboplastina)?
¿Si se hizo análisis, cuándo se los hizo por última vez? _____
- Sí No ¿Actualmente tiene alguna inflamación o infección activa en el área de tratamiento?
- Sí No ¿Tiene alguna enfermedad seria preexistente como diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad coronaria no controlada, artritis reumatoide, lupus, hepatitis C, SIDA o cualquier otra enfermedad o se ha sometido a cirugía de trasplante?
- Sí No ¿Sufre de alguna enfermedad que afecta los nervios y provoca una discapacidad generalizada de resistencia muscular (como puede ser, miastenia grave, síndrome de Lambert-Eaton)?
- Sí No ¿Tiene alguna cicatriz severa en la piel u otras cicatrices estirables o cicatrices quirúrgicas que aumentaron de tamaño?
- Sí No ¿Tiene algún antecedente de cicatrices grandes, profundas, que aumentaron su tamaño o Cicatrices queloides?
- Sí No ¿Tiene algún daño de los labios como producto del sol?
- Sí No ¿Se desmaya fácilmente durante los procedimientos?
¿Qué puede causar esto? _____

- Sí No ¿Se encuentra bajo el cuidado de algún médico?
Nombre del Medico: _____
- Sí No ¿Está usted embarazada o amamantando?

ENFERMEDADES

- **Círculo a las enfermedades o problemas médicos que usted tiene o ha tenido:**

Diabetes La Culebrilla Neuralgia post herpética Presión Arterial Alta Artritis Reumatoide Migraña
Lupus Eritematoso Sistémico Esclerodermia Hepatitis C SIDA Cirugía de trasplante Enfermedad cardíaca
Infarto Cerebral Epilepsia-Convulsiones Esclerosis Múltiple Miastenia Gravis Baja-Alta Tiroides
Deficiencia-Vitamina B12 Anemia de Células Falciformes Enfermedad-Lyme Problema de coagulación sanguínea
Embolia Pulmonar Trombosis Venosa Profunda Cáncer (tipo): _____

Otras enfermedades médicas actuales:

Información del Paciente y Antecedentes Médicos - continúa.

FRACTURAS: _____

CIRUGÍAS

- Enumere las cirugías que ha tenido:

Círculo y Enumere los medicamentos que está tomando Y fármacos que inhiben el sistema inmunitario:

Hydrocodone/APAP Oxycodone Hydromorphone Morphine Tramadol Insulina Metformin
Gabapentin Lyrica Cymbalta Vit. D B12 Acido Fólico Coumadin-Warfarin Heparina Lovenox

Otros medicamentos:

HISTORIA FAMILIAR:

- Círculo las enfermedades o los problemas médicos a continuación que los miembros de su FAMILIA tienen:

Diabetes La Culebrilla Neuralgia post herpética Presión Arterial Alta Artritis Reumatoide Migraña
Lupus Eritematoso Sistémico Esclerodermia Hepatitis C SIDA Cirugía de trasplante Enfermedad cardíaca
Infarto Cerebral Epilepsia-Convulsiones Esclerosis Múltiple Miastenia Gravis Baja-Alta Tiroides
Deficiencia-Vitamina B12 Anemia de Células Falciformes Enfermedad-Lyme Problema de coagulación sanguínea
Embolia Pulmonar Trombosis Venosa Profunda Cáncer (tipo): _____

Otras enfermedades médicas de familiares:

Comentario:

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE ES VERDADERA, SABIENDO QUE EL MÉDICO CONFÍA EN ESTA INFORMACIÓN PARA BRINDAR UN TRATAMIENTO SEGURO Y EFECTIVO.

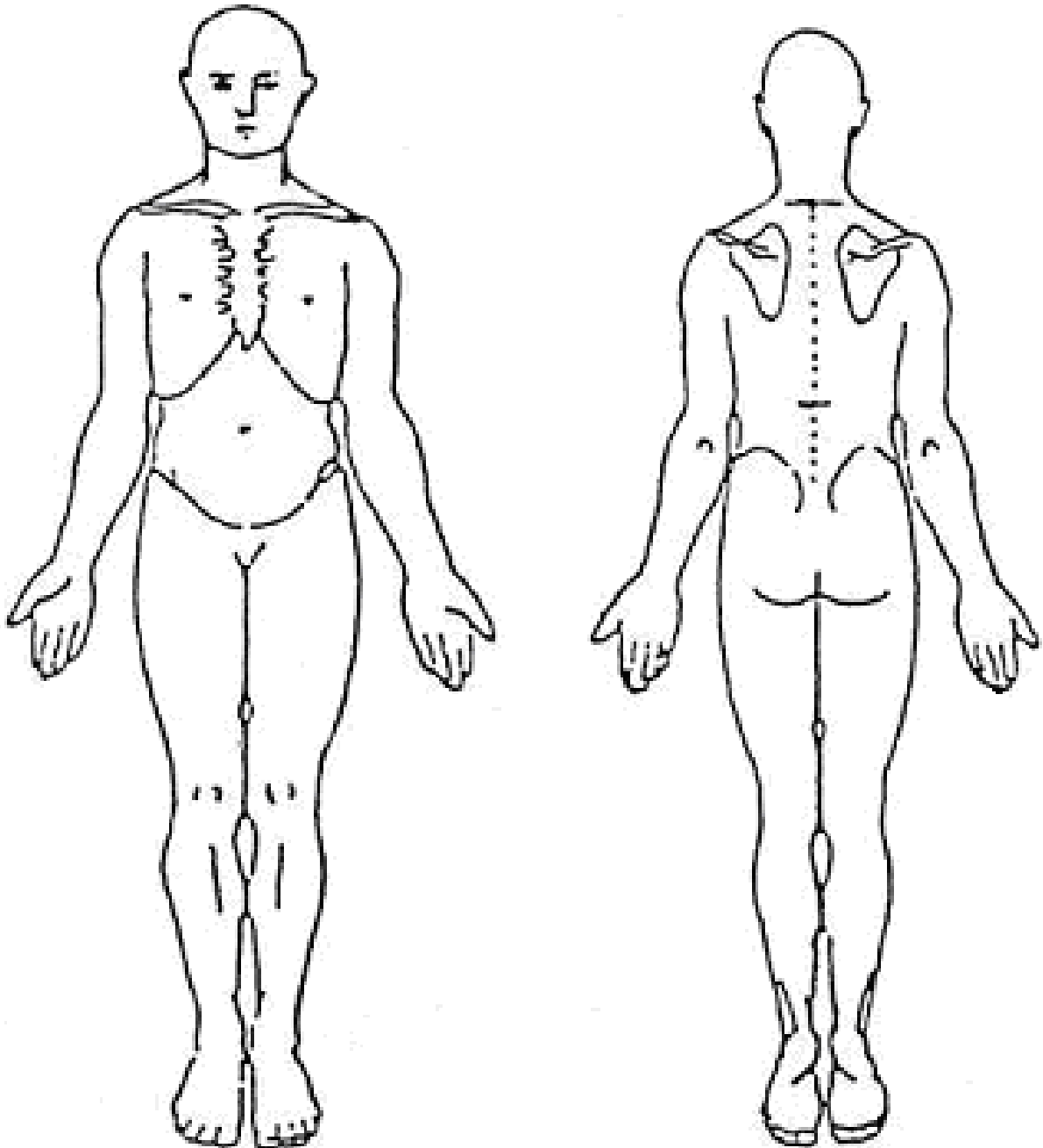
Firma del paciente: _____

Fecha: _____

FIGURA DEL CUERPO PARA MOSTRAR SUS SINTOMAS Y DOLOR

Nombre: _____ Fecha: _____

- Favor de señalar y marcar en donde siente sus síntomas y dolor.



COMENTARIOS: