



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_  
SOLO PARA USO EN EL CONSULTORIO

DOLENCIA PRINCIPAL (motivo de la consulta de hoy): \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión/duración de los síntomas (si no hubiera lesión): \_\_\_\_\_

Ubicación de la lesión: Izquierda Derecha Mano dominante: Izquierda Derecha

|                                |                                                               |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| ALERGIAS:                      |                                                               |
| Al látex                       | S N Reacción: _____                                           |
| A los metales                  | S N Reacción: _____                                           |
| Al yodo                        | S N Reacción: _____                                           |
| A la tela adhesiva/las curitas | S N Reacción: _____                                           |
| A algún medicamento            | S N (especifique a continuación junto con la reacción): _____ |

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| ANTECEDENTES FAMILIARES: |       |
| Diabetes                 | S N   |
| Cáncer                   | S N   |
| Cardiopatía              | S N   |
| Trastornos hemorrágicos  | S N   |
| Otro:                    | _____ |

**En este momento, ¿presenta alguno de los siguientes?** (Marque S o N con un círculo)

|                               |   |   |                          |   |   |                        |   |   |
|-------------------------------|---|---|--------------------------|---|---|------------------------|---|---|
| Fiebre                        | S | N | Entumecimiento/hormigueo | S | N | Dolor articular        | S | N |
| Escalofríos                   | S | N | Migrañas                 | S | N | Dolor abdominal        | S | N |
| Pérdida de peso               | S | N | Debilidad                | S | N | Reflujo                | S | N |
| Latidos cardíacos irregulares | S | N | Disnea                   | S | N | Dificultad para tragar | S | N |
| Hematomas anormales           | S | N | Inflamación articular    | S | N | Sangrado excesivo      | S | N |
| Sarpullidos                   | S | N |                          |   |   |                        |   |   |

**ANTECEDENTES MÉDICOS/PROBLEMAS MÉDICOS ACTUALES** (Marque S o N con un círculo o una cruz)

|                                                              |   |   |                                 |   |   |                                          |   |   |
|--------------------------------------------------------------|---|---|---------------------------------|---|---|------------------------------------------|---|---|
| <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la metilina (SARM) | S | N | VIH                             | S | N | Prótesis articular                       | S | N |
| Tuberculosis                                                 | S | N | Coágulos sanguíneos             | S | N | Prótesis metálicas                       | S | N |
| Hepatitis                                                    | S | N | Trombosis venosa profunda (TVP) | S | N | Enterococos resistentes a la vancomicina | S | N |

|                             | S | N |                                                                                                               | S | N |                                              | S | N |
|-----------------------------|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----------------------------------------------|---|---|
| Afección cardíaca: _____    |   |   | Tipo de cáncer: _____                                                                                         |   |   | Dolor crónico/Fibromialgia                   |   |   |
| Hipertensión arterial (HTA) |   |   | Diabetes de tipo I                                                                                            |   |   | Convulsiones                                 |   |   |
| Colesterol alto (HDL)       |   |   | Diabetes de tipo II                                                                                           |   |   | Cefaleas/Migrañas                            |   |   |
| Stent cardíaco              |   |   | Enfermedad tiroidea                                                                                           |   |   | Osteoporosis                                 |   |   |
| Marcapasos                  |   |   | Enfermedad hepática                                                                                           |   |   | Mareos/Desmayos                              |   |   |
| Desfibrilador               |   |   | Afección renal                                                                                                |   |   | Traumatismo craneoencefálico                 |   |   |
| Soplo                       |   |   | Asma                                                                                                          |   |   | Diplopia                                     |   |   |
| Accidente cerebrovascular   |   |   | EPOC                                                                                                          |   |   | Fracturas                                    |   |   |
| Dolor torácico              |   |   | Apnea del sueño                                                                                               |   |   | Obesidad                                     |   |   |
| Hemorragias/Anticoagulantes |   |   | ¿Usa un dispositivo de presión positiva continua de las vías respiratorias (C-PAP, por sus siglas en inglés)? |   |   | Sudores/dolores nocturnos                    |   |   |
| Problemas circulatorios     |   |   | ¿Usa un dispositivo de bipresión positiva en las vías respiratorias (Bi-PAP, por sus siglas en inglés)?       |   |   | Entumecimiento inguinal                      |   |   |
| Problemas vasculares        |   |   | Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)/Úlceras                                                         |   |   | Problemas vesicales o intestinales           |   |   |
| Factor de coagulación V     |   |   | Enfermedad de Crohn                                                                                           |   |   | Trastorno autoinmunitario                    |   |   |
| Lupus                       |   |   | Esclerosis múltiple (EM)                                                                                      |   |   | Otra afección que no está en la lista: _____ |   |   |
| Celiaquía                   |   |   | Artritis reumatoide                                                                                           |   |   |                                              |   |   |



Hand and Microsurgery  
Associates



Hand and Arm Therapy  
Specialists

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_  
SOLO PARA USO EN EL CONSULTORIO

¿Fuma tabaco? SÍ NO Si responde que sí, ¿qué tipo de tabaco fuma y cuánto? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol? SÍ NO Si responde que sí, ¿cuánto y qué tan seguido bebe? \_\_\_\_\_

¿Tiene un documento de voluntades anticipadas, un poder notarial médico o un testamento vital? SÍ NO

Si tiene uno, proporcione una copia al consultorio

Fecha en la que se recibió el documento \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

| <b>MEDICAMENTOS:</b><br>INCLUIDOS LOS SUPLEMENTOS DE VENTA LIBRE | Dosis | <b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:</b><br>MENCIONE TODAS | Año |
|------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------|-----|
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |
|                                                                  |       |                                                      |     |

Farmacia preferida \_\_\_\_\_

En una escala del 0 al 10, en la que 0 equivale a "sin dolor", y 10, a "el peor dolor de todos", califique:

Su dolor al descansar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Su dolor al hacer una actividad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Alguna vez tuvo una reacción adversa a la anestesia?

SÍ NO Explique \_\_\_\_\_

¿Usted o un familiar presentó fiebre alta debido a la anestesia (hipertermia maligna)?

SÍ NO

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_