Jackson Medical Group
JACKSON HEALTH SYSTEM

The Orthopaedic Center at Jackson South
Alejandro Diaz, MD
Raul Gösthe, MD

9380 S.W. 150th Street, Suite 120
Miami, FL 33176
Teléfono: 305-256-4334
Fax: 305-256-4336

CUESTIONARIO SOBRE EL PACIENTE

Nombre del paciente (apellido) _____ (nombre) _____

Fecha de nacimiento: MM _____/DD _____/AAAA _____ Fecha de hoy: _____

¿Cuál es el motivo de su visita al médico?

_____

_____

¿Qué le duele? ☐ Cadera derecha ☐ Rodilla derecha ☐ Otro: _____

☐ Cadera izquierda ☐ Rodilla izquierda ☐ Otro: _____

¿Cuánto hace que tiene este problema? _____

¿Es el resultado de una lesión? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____

¿Hay un litigio pendiente? ☐ Sí ☐ No

¿El seguro de accidentes de trabajo cubre su problema? ☐ Sí ☐ No

En caso de DOLOR DE CADERA, ¿dónde lo siente?

☐ Ingle ☐ Muslo ☐ Costado de la cadera ☐ Debajo de la rodilla ☐ Costado de la cadera

☐ Abajo de la rodilla ☐ Trasero

En caso de DOLOR DE RODILLA, ¿dónde lo siente?

☐ Parte de adelante de la rodilla ☐ Parte de atrás de la rodilla ☐ Interior de la rodilla

☐ Exterior de la rodilla ☐ No logro ubicarlo

Su dolor: ☐ Está empeorando ☐ Está mejorando ☐ Está igual

Su dolor: ☐ Es constante ☐ Va y viene

Califique su dolor en una escala de 1-10 (1 = mínimo, 10 = severo): _____

¿Cómo describiría su dolor?

☐ Agudo ☐ Leve ☐ Punzante ☐ Fuerte ☐ Siento ardor ☐ Siento un cosquilleo

Jackson Medical Group
JACKSON HEALTH SYSTEM

¿Siente dolor en alguno de estos momentos?

☐ Cuando camina ☐ Cuando está parado ☐ Cuando está sentado ☐ Por la noche

¿Su dolor es peor en alguno de estos momentos?

☐ Cuando camina ☐ Cuando está parado ☐ Cuando está sentado ☐ Por la noche

¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

☐ Rigidez ☐ Insensibilidad ☐ Hinchazón ☐ Debilidad

¿Tienen una renguera? ☐ No ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severa

¿Cuál es la distancia máxima que puede caminar antes de comenzar a sentir dolor?

☐ No puedo caminar ☐ Dentro de casa ☐ De la cama a la silla ☐ 2-3 cuadras ☐ 4-6 cuadras ☐ Ilimitado

¿Necesita algún tipo de asistencia para caminar?

☐ Silla de ruedas ☐ Bastón todo el tiempo ☐ Bastón para caminatas largas ☐ Andador ☐ Ninguno

¿Tiene dificultad para subir o bajar escaleras?

☐ Uso muletas o no puedo usar escaleras ☐ Uso siempre el pasamano ☐ Un escalón a la vez
☐ No tengo dificultades

¿Tiene dificultades para ponerse medias y zapatos? ☐ No puedo hacerlo ☐ Con dificultad ☐ Sin dificultad

¿Puede sentarse en una silla?

☐ Sí, en cualquier silla por más de una hora ☐ No me puedo sentar por más de 30 minutos.

¿Puede pararse de una silla?

☐ No puedo ☐ Con dificultad, incluso cuando utilizo mis brazos ☐ Uso mis brazos

¿Ha probado alguno de los siguientes medicamentos?

☐ Tylenol ☐ Aspirina ☐ Motrin ☐ Aleve ☐ Vioxx ☐ Celebrex ☐ Daypro ☐ Voltaren ☐ Otro: _____

¿Tiene alergia a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____

¿Ha probado inyecciones? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

¿Ha probado ejercicios/fisioterapia? ☐ Sí ☐ No

Jackson Medical Group
JACKSON HEALTH SYSTEM

ANTECEDENTES MÉDICOS

Nombre del médico consultante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del médico de cabecera: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Enumere las afecciones médicas actuales.

_____

_____

_____

Medicamento	Dosis	Cantidad que toma por día

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

¿Se sometió alguna vez a una cirugía? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Tipo de cirugía	Cirujano	Hospital	Fecha/Año	Complicaciones

Jackson Medical Group
JACKSON HEALTH SYSTEM

HISTORIAL FAMILIAR/SOCIAL

¿Qué tipo de trabajo realiza? ☐ Ama de casa ☐ Trabajo manual ☐ Trabajo de oficina ☐ Jubilado
Otro: _____

¿Tiene hijos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántos? _____

¿En qué tipo de casa vive? ☐ Casa ☐ Apartamento Otro: _____

Aproximadamente, ¿cuántas escaleras sube para llegar a su casa? _____

Aproximadamente, ¿cuántas escaleras tiene dentro de su casa? _____

¿Toma alcohol? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuánto toma por semana? _____

¿Fuma? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por semana? _____

¿Hace ejercicio con frecuencia? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántas veces por semana? _____

¿Sigue algún tipo de dieta? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____

¿Tuvo alguna vez una transfusión de sangre? ☐ Sí ☐ No

¿Tuvo alguna vez problemas con la anestesia? ☐ Sí ☐ No

¿Tuvo alguna vez un coágulo de sangre en la pierna o en el pulmón? ☐ Sí ☐ No

Complete la siguiente información sobre su familia directa.

Miembro	Vive/Fallecido	Edad	Condiciones de salud
Padre			
Madre			
Hermano			
Hermano			

Jackson Medical Group
JACKSON HEALTH SYSTEM

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Ha tenido o tiene actualmente problemas con alguno de los siguientes?

Constitucional			Musculoesquelético		
Perdida de peso reciente	☐ Yes	☐ No	Artritis Reumatoide	☐ Yes	☐ No
Fiebre	☐ Yes	☐ No	Espondilitis Anquilosante	☐ Yes	☐ No
Ojos			Lupus	☐ Yes	☐ No
Utiliza espejuelos/lentes	☐ Yes	☐ No	Osteoporosis	☐ Yes	☐ No
Cataratas	☐ Yes	☐ No	Enfermedad ósea de Paget	☐ Yes	☐ No
Glaucoma	☐ Yes	☐ No	Piel		
Otorrinolaringología			Psoriasis	☐ Yes	☐ No
Problemas de sinusitis	☐ Yes	☐ No	Eczema	☐ Yes	☐ No
Problemas dentales	☐ Yes	☐ No	Dermatitis	☐ Yes	☐ No
Cardiovascular			Neurológico		
Ataque cardiaco	☐ Yes	☐ No	Epilepsia	☐ Yes	☐ No
Soplo en el corazón	☐ Yes	☐ No	Polio	☐ Yes	☐ No
Latido del corazón irregular	☐ Yes	☐ No	Enfermedad de Parkinson	☐ Yes	☐ No
Presión alta	☐ Yes	☐ No	Enfermedad de Alzheimer	☐ Yes	☐ No
Colesterol alta	☐ Yes	☐ No	Problemas de equilibro	☐ Yes	☐ No
Respiratorio			Psiquiátrico		
Asma	☐ Yes	☐ No	Depresión	☐ Yes	☐ No
Bronquitis	☐ Yes	☐ No	Esquizofrenia	☐ Yes	☐ No
Enfisema	☐ Yes	☐ No	Endocrinología		
Neumonía	☐ Yes	☐ No	Diabetes	☐ Yes	☐ No
Tuberculosis	☐ Yes	☐ No	Tiroides	☐ Yes	☐ No
Gastrointestinal			Hematológico		
Colitis ulcerativa	☐ Yes	☐ No	Coágulos de sangre	☐ Yes	☐ No
Diverticulitis	☐ Yes	☐ No	Anemia	☐ Yes	☐ No
Úlcera	☐ Yes	☐ No	Cáncer		
Hernia	☐ Yes	☐ No	Mama	☐ Yes	☐ No
Hepatitis/Problemas del hígado	☐ Yes	☐ No	Pulmones	☐ Yes	☐ No
Genitourinario			Piel	☐ Yes	☐ No
Problemas en la próstata	☐ Yes	☐ No	Próstata	☐ Yes	☐ No
Problemas en los riñones	☐ Yes	☐ No	Colon	☐ Yes	☐ No
Vejiga	☐ Yes	☐ No	Otro:		