



ILLINOIS BONE AND JOINT INSTITUTE, LLC

Lake Shore Orthopaedics

350 S Greenleaf, Ste 405 * Gurnee, IL 60031
900 N Westmoreland Rd, LL72 * Lake Forest, IL 60045
Phone - 847-336-3335 * Fax - 847-336-3249
www.ibjilakeshore.com

Edward G. Hamming, M.D.
Bruce A. Hamming, M.D.
Robert C. Dugan, M.D.
Edward J. Logue, M.D.
Bruce C. Summerville, M.D.
Tomas E. Nemickas, M.D.
Serafin M. DeLeon, M.D.
Rhutav J. Parikh, M.D.
Caroline Peterson, MS PA-C
Garro J. Emerzian, D.P.M.

Estimado Paciente,

Bienvenido a nuestra oficina y gracias por confiar en nosotros. Esperamos de aqui en adelante poder proveer su cuidado Ortopedico y quisieramos proveerle por adelantado informacion importante para su registraci3n.

Por favor complete las formas de registracion e historial medico y traigalas con usted a su cita. Cada forma contiene informacion pertinente y requerida para propositos clinicales, de aseguransas y conforme a la ley.

- Si toma varios medicamentos, es preferible que haga un lista separada reportando las medicinas al corriente incluyendo el nombre y las dosis.
- Si recientemente tuvo rayos (rayos-x, CT o MRI) o otro estudio relacionado a la condicion por el cual usted pide una evaluacion, por favor traiga copias de las imagenes (rayos o CD), reporte de los rayos y/o otro resultado a su cita. Puede tambien pedir que copias de su expediente medico sean enviadas a nuestra oficina por correo o fax.
- Por favor traiga a su cita su tarjeta de aseguransa e identificacion con foto. Copias de esta informacion seran retenidas en su expediente ya que esta informacion es necesaria para enviar cobros y para el proposito de las aseguransas. Dependiendo de que clase de aseguransa tenga, una referencia es requerida. Por favor revise los requisitos de su plan.
- Si usted tiene un co-pago (co-pay), el pago se le cobrara al tiempo de la consulta. Su tarjeta usualmente muestra la cantidad que le corresponde, si se aplica para nuestra oficina o especialistas.
- Dependiendo de la razon por su visita y si rayos o otros servicios son necesarios, su cita se puede tomar hasta 30 minutos y a veces mas tiempo.
- Si le es necesario cancelar or cambiar su cita, le pedimos que inmediatamente llame a nuestra oficina al (847) 336-3335 para asi nosotros poder reservar esa cita para otro paciente necesitando de nuestros cuidados especializados y Ortopedicos.

Debido a la especialidad de nuestra oficina, los medicos a veces son llamados por otros medicos e hospitales de el area para atender pacientes en una basis urgent3. Aunque luchamos por estar a tiempo a su cita, cirugias y consultas de emergencia son a veces inevitables. Nuestras recepci3nistas le notificaran si su cita sera retrasada debido a una emergencia. Sinceramente respetamos y valoramos su tiempo y agradecemos su comprensi3n cuando estas emergencias ocurren. Lo esperamos en su cita.

Sinceramente,
IBJI-Lake Shore Orthopaedics

Illinois Bone and Joint Institute, LLC
FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy

Apellido

Primer nombre

Inicial 2do. nombre

Correo electrónico:

Edad: Sexo: M F

Fecha de nacimiento

Altura: Peso: lbs. Presión Sanguínea Temperatura

HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de la visita de hoy:

Fecha de la lesión o aparición: / /

¿Cómo empezó el dolor?

El problema se debe a:

accidente en carro accidente laboral lesión deportiva caída artritis

otro

Si está lesionado(a), ¿dónde ocurrió la lesión? hogar trabajo escuela N/A

otro

¿Está sin trabajar debido a la lesión? no sí Si respondió sí, último día que trabajó

Si existe una lesión, ¿hay algún litigio pendiente? no sí

Lugar donde tiene dolor:

Si el problema está relacionado con una extremidad, es del lado: derecho izquierdo ambos

Seleccione las características que describen su problema:

Dolor	Aparición	Frecuencia	Contexto	
<input type="checkbox"/> agudo	<input type="checkbox"/> repentina	<input type="checkbox"/> intermitente	<input type="checkbox"/> al estar parado(a)	<input type="checkbox"/> al estar sentado(a)
<input type="checkbox"/> lento	<input type="checkbox"/> lenta	<input type="checkbox"/> constante	<input type="checkbox"/> al estar hincado(a)	<input type="checkbox"/> al estar acostado(a)
<input type="checkbox"/> punzante	Intensidad	Momento	<input type="checkbox"/> al bajar escaleras	<input type="checkbox"/> al subir escaleras
<input type="checkbox"/> lento y continuo	<input type="checkbox"/> menor	<input type="checkbox"/> am o <input type="checkbox"/> pm	<input type="checkbox"/> al caminar	<input type="checkbox"/> al correr
<input type="checkbox"/> ardor	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> mientras duerme	<input type="checkbox"/> al toser	<input type="checkbox"/> al levantar un objeto pesado
<input type="checkbox"/> calambre	<input type="checkbox"/> severa	<input type="checkbox"/> después de una actividad		<input type="checkbox"/> al pujar por estreñimiento
<input type="checkbox"/> otro		<input type="checkbox"/> durante una actividad		
<input type="text"/>				

Síntomas asociados:

<input type="checkbox"/> inestabilidad	<input type="checkbox"/> debilidad	<input type="checkbox"/> rigidez	<input type="checkbox"/> cambios en funciones de intestinos o vejiga	<input type="checkbox"/> fiebre
<input type="checkbox"/> escalofríos	<input type="checkbox"/> rozamiento	<input type="checkbox"/> crujido o trueno	<input type="checkbox"/> articulación trabada	<input type="checkbox"/> caída por colapso de articulación
<input type="checkbox"/> sensible al tacto	<input type="checkbox"/> sensible a la temperatura	<input type="checkbox"/> deformación de extremidad	<input type="checkbox"/> cambio de temperatura	<input type="checkbox"/> mareos
<input type="checkbox"/> vómitos	<input type="checkbox"/> sarpullido	<input type="checkbox"/> cambios en la vista	<input type="checkbox"/> hormigueo	
<input type="checkbox"/> hinchazón visible	<input type="checkbox"/> moretones, magulladuras	<input type="checkbox"/> adormecimiento	<input type="checkbox"/> otros	
			<input type="text"/>	

¿El dolor cambia de lugar? no sí ¿A qué parte?

¿Con qué frecuencia tiene dolor? constantemente cada hora cada día cada semana

¿Qué lo mejora? descanso calor frío elevación terapia física férulas (soporte)

inyecciones medicamento otro

¿Qué empeora el dolor?

¿Es la primera vez que ha tenido un problema con esta área? no sí

Describa el problema anterior:

Para este problema, ¿le han hecho alguno de estos exámenes?:

Rayos X MRI (imágenes por resonancia magnética) CT (tomografía computarizada) ultrasonido

exploración ósea EMG (electromiograma) estudio de los nervios

Si le hicieron un examen, ¿dónde?

¿Trajo los resultados de los exámenes con usted? sí no

Tratamiento previo:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> medicina vía oral:
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> tipo de férula:
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> aplicación de calor |
| <input type="checkbox"/> inyecciones ¿cuántas?:
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> terapia física, ¿cuánto tiempo?:
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> aplicación de frío/hielo |
| <input type="checkbox"/> quiropráctico | ¿dónde? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> elevación |
| <input type="checkbox"/> bastón | <input type="checkbox"/> muletas | <input type="checkbox"/> andador |
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas | <input type="checkbox"/> otro <input type="text"/> | |

Médico que lo atendió previamente:

¿Algún médico le ha recomendado que se opere por este problema? sí no

Historial médico anterior: ¿Usted o alguien en su familia ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos?

Usted

- piedras renales
- trastornos endócrinos
- diabetes
- asma
- enfisema
- tuberculosis
- úlceras
- colitis
- reflujo gastroesofágico
- derrame cerebral
- trastorno del sistema nervioso
- depresión
- VIH/SIDA
- hepatitis
- enfermedad de Lyme

ninguno de los anteriores

Familia

- cáncer
- anemia
- trastornos hemorrágicos
- coágulos /émbolo pulmonar
- flebitis
- fibrilación atrial/o latidos irregulares del corazón
- enfermedades /problemas cardiacos
- presión arterial alta
- colesterol alto
- artritis
- reuma articular
- artritis ósea
- osteopenia
- osteoporosis
- problema de equilibrio
- apnea del sueño

otros

Historial médico familiar: Si sus padres, abuelos, hermanos o hijos tienen alguno de los problemas médicos enumerados en la parte superior, por favor explíquelos:

¿Está embarazada? sí no ¿Está amamantando? sí no

¿Ha recibido/está recibiendo todas las vacunas estándares para niños? sí no

Si respondió no, por favor explique:

¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra el tétano? no sí

Si respondió sí, por favor escriba la fecha aproximada de la última vacuna contra el tétano: / /

¿Ha tenido alguna transfusión sanguínea previa? no sí

Si respondió sí, ¿cuándo?

¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia? no sí

Si respondió sí, ¿qué tipo de problemas?

Historial quirúrgico pasado:

Tipo de cirugía: año

Tipo de cirugía: año

Tipo de cirugía: año

Tipo de cirugía: año

Tipo de cirugía: año

Tipo de cirugía: año

Medicamentos con/sin receta médica: (incluyendo suplementos herbales y vitaminas)

Nombre:	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Veces al día:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Veces al día:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Veces al día:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Veces al día:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Veces al día:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Veces al día:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Veces al día:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Veces al día:	<input type="text"/>

Alergias:

<input type="checkbox"/> ninguna	<input type="checkbox"/> codeína/medicina para el dolor	<input type="checkbox"/> crustáceo	<input type="checkbox"/> novocaína	<input type="checkbox"/> metal/joyas
<input type="checkbox"/> penicilina/antibióticos	<input type="checkbox"/> yodo	<input type="checkbox"/> anestesia local	<input type="checkbox"/> látex	<input type="checkbox"/> aspirina
<input type="checkbox"/> sulfá	<input type="checkbox"/> material de contraste	<input type="checkbox"/> lidocaína		

alimento otras

Tipo de reacción:

Historial social:

Ocupación ¿Trabaja ahora? sí no jubilado(a) discapacitado(a)

¿Fuma? no sí Si respondió sí, ¿cuántas cajetillas al día?:

¿Fuma en pipa? sí no ¿No fuma? sí no

¿Dejó de fumar? Si dejó de fumar, ¿cuántos años fumó?:

¿Consume alcohol?: nunca en ocasiones a diario mucho

¿Tiene historial de alcoholismo? sí no ¿Tiene historial de consumo de drogas? sí no

Estado civil: soltero(a) casado(a) divorciado(a) viudo(a)

¿Vive solo(a)? sí no Si respondió no, ¿con quién vive?

Tipo(s) de deporte/actividad física: ¿Con qué frecuencia? por semana

Revisión de los sistemas: ¿actualmente tiene problemas con algo de lo siguiente?:

Genitourinario

- sangre en la orina
- piedras renales
- frecuencia urinaria
- problemas sexuales
- retención urinaria
- dolor en testículos
- problemas menstruales
- olor desagradable/orina turbia

Piel

- sarpullido/comezón/psoriasis
- bolita/chichón en el pecho
- cambio en el cabello
- cambio en las uñas

Ojos

- usa lentes/lentes de contacto
- vista borrosa/empañada
- enfermedad de la vista
- glaucoma

Estructura física

- cambio de peso
- fiebre
- escalofríos
- cansancio

Gastrointestinal

- mareos/vómito
- dolor estomacal
- sangrado rectal
- problemas intestinales/colitis

Musculoesquelético

- dolor/calambres
- articulaciones hinchadas
- dolor en articulaciones
- problemas al caminar

Endócrino

- orinar excesivamente
- enfermedad de la tiroides
- problema hormonal

Respiratorio

- falta de respiración
- tos
- silbidos/chillidos al respirar
- bronquitis

Hematológico

- tiene moretes de la nada
- lento para sanar
- glándulas dilatadas

Neurológico

- dolor de cabeza
- temblores
- ataques/convulsiones
- adormecimiento
- debilidad

Oídos/Nariz/Boca/Garganta

- pérdida auditiva/zumbido en el oído
- problemas de sinusitis
- sangrar por la nariz
- dolor de garganta

Cardiovascular

- dolor en el pecho
- palpitaciones
- problemas del corazón
- hinchazón

Psiquiátrico

- insomnio
- aturdimiento
- depresión

Declaración del paciente/tutor:

A mi mejor saber y entender, la información de la parte superior es precisa y completa.

_____ / /
Firmado Fecha

_____ / /
Firma del profesional médico Fecha

Declaración del doctor:

He revisado el cuestionario con el paciente.

_____ / /
Firmado Fecha

_____ / /
Firmado Fecha

_____ / /
Firmado Fecha

_____ / /
Firmado Fecha

_____ / /
Firmado Fecha

Imprima este formulario