

# URQUHART ORTHOPEDIC ASSOCIATES, P.A.

MARC W. URQUHART, M.D., FACS

ERICA ROWE URQUHART, M.D., Ph.D.

DEBBIE HAGER, PA-C

JAIME TORRES, PA-C

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**S.S.** \_\_\_\_\_

**POQUE ESTA AVIENDO AL MEDICO HOY?** \_\_\_\_\_

**EL PROBLEMA ACTUAL ES EL RESULTADO A UN : VERIFIQUE TODO QUE APLICA**

- ACCIDENTE DE TRAFICO                       ACCIDENTE DE TRABAJO  
 ACCIDENTE     OTRO

MEDICINA	DOSIS	RAZONE PARA LA MEDICINA	EFFECTO SECUNDARIOS

**ALERGIAS** \_\_\_\_\_

TIENES TODAS INMUNIZACIONES                       SI                       NO  
 SI NO, QUAL IMMUNIZACION LE FALTA \_\_\_\_\_

TETANO                       SI                       NO      FECHA                      /                      /

### REVISION DE SISTEMAS

ACTUALMENTE TIENE PROBLEMA CON:

DESCRIBA

- |                          |                             |                             |       |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| OJOS                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| OREJAS, NARIZ, GARGANTA  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| PULMONES, RESPIRATORIO   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| VESICULA/DIGESTION       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| PROBLEMA EVACUACION      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| DIGESTION                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| DIABETES                 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ALTA PRESION             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| PROBLEMA DE SANGRAMIENTO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| PROBLEMA DE EQUILIBRO    | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ADORMECIMIENTO           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| SENTIR HORMIGUERO        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| APAGON, DESMAYOS         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| PROBLEMA PSICOLOGICO     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| SIDA                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ARTHRITIS                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| POLIO                    | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| TUBERCULOSIS             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| EPILEPSIA                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| CANCER                   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |

FIRMA DE PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

REVISION: \_\_\_\_\_ M.D. FECHA: \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_

**PASADO HISTORIA MEDICA**

CIRUGIAS/HOSPITALIZACIONES	AÑO	COMPLICACIONES

USTED ESTUVO ANESTESIA GENERAL  
ESTUVO PROBLEMAS CON LA ANESTESIA

SI     NO  
 SI     NO

DESCRIBA

\_\_\_\_\_

**HISTORIA SCOCIAL**

MIEMBRO	VIVE	DEFUNCION	EDAD	SALUD O LA CAUSA DE MUERTE
ABUELA (MADRE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ABUELO (MADRE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ABUELA (PADRE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ABUELO (PADRE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HERMANA/HERMANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HERMANA/HERMANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HERMANA/HERMANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HERMANA/HERMANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**SOCIAL HISTORY**

TRABAJAS EN LA CASA     EMPLEO/OCUPACION \_\_\_\_\_  
 ESTUDIANTE     SERVICIOS DE CUDO DE NINOS | JUBELADO  
 SOLO     CASADO     DIVORCIDO     SEPARADO | ENVIUDADO/A  
HIJOS     NO     SI    # \_\_\_\_\_  
VIVE SOLO/A     NO     SI    \_\_\_\_\_  
EJERCICIO     DIARIO     SEMANAL     MENSUAL     RARA     NUCA  
QUE TIPO DE EJERCICIOS? \_\_\_\_\_  
HISTORIA DE ABUSO DE SUSTANCIAS     SI     NO    TIPO \_\_\_\_\_  
FUMAS ACUTUALMENTE     SI     NO    QUANTAS CAJAS AL DIA \_\_\_\_ AL AÑO \_\_\_\_  
DEJASTE DE FUMAR     ESTE AÑO     >1 AÑO     >5 AÑOS >10 AÑOS  
PREVIAMENTE FUMAS? QUANTAS CAJAS POR DIA \_\_\_\_ POR \_\_\_\_ AÑOS  
BEBIDAS (ALCOHOLICAS)     DIARIO     1-2 SEMENAL     1-2 MENSUAL     1-2 AÑO

FIRMA DE PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

REVISION: \_\_\_\_\_

M.D. FECHA: \_\_\_\_\_