



# PREMIER ORTHOPAEDICS & SPORTS MEDICINE, P.C.

Spine and Trauma Institute / Advanced Center for Excellence in Spine Surgery

Administrative Office: 111 Galway Place, Suite 300, Teaneck, NJ 07666

Phone (201) 833-9500 • Fax (201) 862-0095

- Spinal Surgery
- American Board Of Orthopaedic Surgeons

- Sports Medicine
- Adult Reconstructive Surgery

## FORMULARIO DE REGISTRACION

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene alergias?  SI  NO

Por favor liste las alergías que tenga: **Medicina, comida, clima, etc** **Reacción:** (Ej: Salpullido.)


3. Por favor liste las medicinas que esta tomando:  NINGUNA

Medicinas:


4. ¿Tiene algún historial de las siguientes enfermedades?  NINGUNA

<input type="radio"/> Aneurisma Donde: _____	<input type="radio"/> Ensifema	<input type="radio"/> Enfermedades renales
<input type="radio"/> Angina (Dolor de pecho)	<input type="radio"/> Epilepcia	<input type="radio"/> Piedras en los riñones
<input type="radio"/> Artritis Tipo: _____	<input type="radio"/> Ataques al corazón	<input type="radio"/> Infección MRSA
<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Hepatitis Tipo: _____	<input type="radio"/> Marcapasos
<input type="radio"/> Inyecciones en los huesos o articulaciones	<input type="radio"/> HIV/SIDA	<input type="radio"/> Flebitis (Coagulos en la sangre)
<input type="radio"/> Cancer Tipo: _____	<input type="radio"/> Colesterol alto	<input type="radio"/> Embolismo Pulmonar
<input type="radio"/> Quimioterapia//Radiación	<input type="radio"/> Hipertension	<input type="radio"/> Reacción a la anestesia: _____
<input type="radio"/> COPD	<input type="radio"/> Hipertiroidismo	<input type="radio"/> Convulciones
<input type="radio"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva	<input type="radio"/> Hipotiroidismo	<input type="radio"/> Ulceras estomacales
<input type="radio"/> Diabetes Tipo: _____ Ultima HA1C: _____	<input type="radio"/> Apoplejia cerebral /TIA	<input type="radio"/> Tuberculosis

5. ¿Fuma?  A diario  Ocasionalmente  Ex Fumador  Nunca ha fumado

6. Raza:  Caucasica  Afro-descendiente  Hispano/a  Asiatico/a  Otro/a: \_\_\_\_\_

7. Etnia:  Hispano/a  No-hispano/a  Otro/a: \_\_\_\_\_

8. Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_



# PREMIER ORTHOPAEDICS & SPORTS MEDICINE, P.C.

Spine and Trauma Institute / Advanced Center for Excellence in Spine Surgery

Administrative Office: 111 Galway Place, Suite 300, Teaneck, NJ 07666

Phone (201) 833-9500 • Fax (201) 862-0095

- Spinal Surgery
- American Board Of Orthopaedic Surgeons

- Sports Medicine
- Adult Reconstructive Surgery

## Motivo de Consulta:

Mano dominante:  Derecha  Izquierda  Ambidiestro/a

## Descripción de los Síntomas

Dolor  Entumecimiento/Hormigueo  Fractura  Rigidez Otra: \_\_\_\_\_.

Hombro	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Pelvis	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Cuello	<input type="radio"/>
Brazo Superior	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Cadera	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Espalda Alta	<input type="radio"/>
Codo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Muslo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Espalda Media	<input type="radio"/>
Antebrazo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Rodilla	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Espalda Baja	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Pierna baja	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Nalgas	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Tobillo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Hueso Colar	<input type="radio"/>
Dedo Pulgar	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Pie	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo		
Dedo Indice	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Dedo Pulgar	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo		
Dedo Mayor	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Dedo 2do	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo		
Dedo Anular	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Dedo 3ro	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo		
Dedo Meñique	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	Dedo 4to	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo		
			Dedo 5to	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo		

## Historia de la Enfermedad Actual

1. ¿El problema es el resultado de una lesión o accidente?

Sin lesión  Lesión  Lesión de trabajo  Accidente de carro  Lesión Deportiva  Cirugía previa

¿Hace cuanto tiempo siente estos síntomas? (Ex: 2 días, 4 meses) \_\_\_\_\_.

Fecha de comienzo: (ej. 1/1/2019) \_\_\_\_\_.

2. ¿Esta representado por un abogado?  Si  No

Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_.

¿Habran acciones legales con respecto a este problema?  Si  No

3. ¿Fue visto en la Sala de Emergencias?  Si  No

Sala de Emergencias: (ej. HUMC) \_\_\_\_\_.

Fecha: (ej. 1/1/2019) \_\_\_\_\_.

4. Escala del dolor (0 sin dolor, 10 siendo lo mas doloroso):

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

## Exámenes/Tratamientos Previos

- Niguno  Placas (X-Rays)  Resonancias Magneticas (MRI)  TAC (CT Scan)  Prueba de los nervios (EMG)
- Exploración Ósea (Bone Scan)

¿Ha tenido algún tratamiento previo a este problema?  Si  No

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_.



# PREMIER ORTHOPAEDICS & SPORTS MEDICINE, P.C.

Spine and Trauma Institute / Advanced Center for Excellence in Spine Surgery

Administrative Office: 111 Galway Place, Suite 300, Teaneck, NJ 07666

Phone (201) 833-9500 • Fax (201) 862-0095

- Spinal Surgery
- American Board Of Orthopaedic Surgeons

- Sports Medicine
- Adult Reconstructive Surgery

**Tipo de Tratamiento**                      **Estado de síntomas después del tratamiento (Elija solo lo relevante)**

<b>Hielo</b>	<input type="radio"/> Mejoró	<input type="radio"/> Empeoró	<input type="radio"/> Sin cambio
<b>Calor</b>	<input type="radio"/> Mejoró	<input type="radio"/> Empeoró	<input type="radio"/> Sin cambio
<b>Descanso</b>	<input type="radio"/> Mejoró	<input type="radio"/> Empeoró	<input type="radio"/> Sin cambio
<b>Diluyentes de la sangre</b>	<input type="radio"/> Mejoró	<input type="radio"/> Empeoró	<input type="radio"/> Sin cambio
<b>Relajantes musculares</b>	<input type="radio"/> Mejoró	<input type="radio"/> Empeoró	<input type="radio"/> Sin cambio
<b>Quiropráctico</b>	<input type="radio"/> Mejoró	<input type="radio"/> Empeoró	<input type="radio"/> Sin cambio
<b>Fisioterapia</b>	<input type="radio"/> Mejoró	<input type="radio"/> Empeoró	<input type="radio"/> Sin cambio
Programa de ejercicios caseros	<input type="radio"/> Mejoró	<input type="radio"/> Empeoró	<input type="radio"/> Sin cambio
<b>Cirujía</b>	<input type="radio"/> Mejoró	<input type="radio"/> Empeoró	<input type="radio"/> Sin cambio
<b>Inyecciones</b>	<input type="radio"/> Mejoró	<input type="radio"/> Empeoró	<input type="radio"/> Sin cambio
<b>Soportes</b>	<input type="radio"/> Mejoró	<input type="radio"/> Empeoró	<input type="radio"/> Sin cambio
<b>Unidades de TENS</b>	<input type="radio"/> Mejoró	<input type="radio"/> Empeoró	<input type="radio"/> Sin cambio

Otros/Comentarios: \_\_\_\_\_.

## Cirugías Previas

Marque las cirugías u hospitalizaciones previas:  Ninguna

<input type="radio"/> Aneurisma (Cirugía Cerebral)	<input type="radio"/> Histerectomía	
<input type="radio"/> Bypass Aortico/Cirugía Vasculár	<input type="radio"/> Cirugía Gastrica	
<input type="radio"/> Apendectomía	<input type="radio"/> Lumpectomía	
<input type="radio"/> Cirugía de cataratas	<input type="radio"/> Mastectomía	
<input type="radio"/> Vesícula	<input type="radio"/> Malignidad/Cancer	
<input type="radio"/> Cirugía Cardíaca	<input type="radio"/> Canula intraluminal	
<input type="radio"/> Reparación de Hernia	de arteria	
<b>Ortopédica</b>	<b>Derecho/a</b>	<b>Izquierdo/a</b>
Artroscopia: Rodilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artroscopia: Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liberación del tunel Carpiano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reparación del mango rotador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reemplazo total de Cadera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reemplazo total de Rodilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reemplazo total del hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía Espinal: Indique Nivel:	_____	

Otras Cirugías: \_\_\_\_\_.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_.



# PREMIER ORTHOPAEDICS & SPORTS MEDICINE, P.C.

Spine and Trauma Institute / Advanced Center for Excellence in Spine Surgery

Administrative Office: 111 Galway Place, Suite 300, Teaneck, NJ 07666

Phone (201) 833-9500 • Fax (201) 862-0095

- Spinal Surgery
- American Board Of Orthopaedic Surgeons

- Sports Medicine
- Adult Reconstructive Surgery

## Revisión de Sistemas

Indique si a experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses  NONE FOR ALL

				NO	Comments
1. GI	<input type="radio"/> Acidez, Ulceras	<input type="radio"/> Náuseas, Vomitos	<input type="radio"/> Sangre en las heces	<input type="radio"/>	
2. ENDO	<input type="radio"/> Fiebre	<input type="radio"/> Intolerancia al Frío/calor	<input type="radio"/> Sudores Nocturnos	<input type="radio"/>	
3. CON	<input type="radio"/> Perdida de peso	<input type="radio"/> Pérdida del apetito	<input type="radio"/> Fatiga	<input type="radio"/>	
4. OJOS	<input type="radio"/> Visión Borrosa	<input type="radio"/> Visión Doble	<input type="radio"/> Pérdida de la visión	<input type="radio"/>	
5. ENT	<input type="radio"/> Pérdida Auditiva	<input type="radio"/> Ronqueras	<input type="radio"/> Problemas para tragar	<input type="radio"/>	
6. CV	<input type="radio"/> Dolor de Pecho	<input type="radio"/> Palpitaciones		<input type="radio"/>	
7. RS	<input type="radio"/> Toz Crónica	<input type="radio"/> Pnevmonía	<input type="radio"/> Dificultad p/respirar	<input type="radio"/>	
8. GU	<input type="radio"/> Dolor al Orinar	<input type="radio"/> Orina en la sangre	<input type="radio"/> Problemas de riñones	<input type="radio"/>	
9. SK	<input type="radio"/> Salpullidos Frecuentes	<input type="radio"/> Úlceras en la piel	<input type="radio"/> Bultos <input type="radio"/> Soriasis	<input type="radio"/>	
10. NEU	<input type="radio"/> Caídas Frecuentes	<input type="radio"/> Pérdida de Coordinación	<input type="radio"/> Entumecimientos	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/> Cambios Intestinales	<input type="radio"/> Cambios en la vejiga	<input type="radio"/> Mareos	<input type="radio"/>	
11. PSY	<input type="radio"/> Depresión/Anciedad	<input type="radio"/> Adicción a Drogas/Alcohol	<input type="radio"/> Trastornos del sueño	<input type="radio"/>	
12. HEM	<input type="radio"/> Sangrado Fácil	<input type="radio"/> Moretones	<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/>	

## Historial Familiar

¿Algún familiar cercano a padecido alguna de las siguientes enfermedades?  NINGUNA  DESCONOCIDO

Padre	<input type="radio"/> Ninguna	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Enfermedades Cardíacas	<input type="radio"/> Hipertensión
	<input type="radio"/> Sangramiento	<input type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> Tejido conectivo	<input type="radio"/> Distrofia muscular
	<input type="radio"/> Apoplejía	<input type="radio"/> Osteoporosis	<input type="radio"/> Artritis Reumatoide	<input type="radio"/> Cancer
	Comentarios (ej. Tipo de cancer) _____			

Madre	<input type="radio"/> Ninguna	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Enfermedades Cardíacas	<input type="radio"/> Hipertensión
	<input type="radio"/> Sangramiento	<input type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> Tejido conectivo	<input type="radio"/> Distrofia muscular
	<input type="radio"/> Apoplejía	<input type="radio"/> Osteoporosis	<input type="radio"/> Artritis Reumatoide	<input type="radio"/> Cancer
	Comentarios (ej. Tipo de cancer) _____			

Hermanos/as	<input type="radio"/> Ninguna	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Enfermedades Cardíacas	<input type="radio"/> Hipertensión
	<input type="radio"/> Sangramiento	<input type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> Tejido conectivo	<input type="radio"/> Distrofia muscular
	<input type="radio"/> Apoplejía	<input type="radio"/> Osteoporosis	<input type="radio"/> Artritis Reumatoide	<input type="radio"/> Cancer
	Comentarios (ej. Tipo de cancer) _____			

## Historia Social

¿Bebe Alcohol?  A diario  Ocasionalmente  Raramente  Nunca

¿Usa drogas recreacionales?  A diario  Ocasionalmente  Raramente  Nunca

Estatu Civil:  Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Viudo/a  Union Domestica

¿Tiene alguna discapacidad?  Visual  Auditiva  Verbal  Aprendizaje  Fisica  Language/Cultural

¿Tiene alguna costumbre religiosa que el doctor necesite saber?  Si  No

¿Tiene un "Testamento Vital"?  Si  No

¿Esta actualmente trabajando?  Si  No  Retirado  Discapacitado Si no, ¿en qué fecha dejo de trabajar? \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  Estudiante

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_