

**SCHOFIELD, HAND AND BRIGHT ORTHOPAEDICS, PLLC**  
**HISTORIA CLINICA**

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

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_M\_\_\_F    Altura \_\_\_\_\_    Peso \_\_\_\_\_    Ocupación \_\_\_\_\_

Medico del Recomendación \_\_\_\_\_    Su doctor-a Medico \_\_\_\_\_

Medicinas \_\_\_\_\_

Nombre del Farmacia \_\_\_\_\_    Direccion \_\_\_\_\_    Numero Farmacia \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

¿Alérgicos? \_\_\_Si \_\_\_No \*\* Lista de Alergicos \_\_\_\_\_

¿Cual es la causa de su visita? \_\_\_\_\_

¿Esta Invalido?                    \_\_\_Si \_\_\_No                    ¿Tenia tratamiento en el pasado para esta problema?    \_\_\_Si \_\_\_No  
¿Ocurrió en su trabaja?        \_\_\_Si \_\_\_No                    ¿Tenia radiografies en el pasado para esta problema?    \_\_\_Si \_\_\_No  
¿Visita al sala de Emergencia? \_\_\_Si \_\_\_No                    ¿Donde Radiografies? \_\_\_\_\_

**Datos Personales**

¿Casado? \_\_\_Si \_\_\_No  
¿Numero de Niños? \_\_\_\_\_  
¿Esta Viva Solo? \_\_\_Si \_\_\_No  
¿Fuma? \_\_\_Si \_\_\_No  
      \_\_\_Nunca  
¿Si, cuánto cigarros al día? \_\_\_\_\_  
¿Si no, cuando quinta? \_\_\_\_\_  
¿Alcohol? \_\_\_Nunca \_\_\_Casual  
      \_\_\_Frecuenté  
¿Uso excesivo                    \_\_\_Nunca \_\_\_Casual  
de una narcótico?                \_\_\_Frecuenté

**Hoja Clínica**  
**Marca aplicable**

\_\_\_Anemia  
\_\_\_Artritis  
\_\_\_Reumatoide Artritis  
\_\_\_Asma/Enfisema  
\_\_\_Desorden del Espalda  
\_\_\_Bursitis  
\_\_\_Desorden del sangre  
\_\_\_¿Cáncer? ¿Donde? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_Diabetes  
\_\_\_Problema del Corazón  
\_\_\_Hepatitis  
\_\_\_Presión Alta  
\_\_\_VIH/SIDA  
\_\_\_Infección del Riñón  
\_\_\_Cálculos renales  
\_\_\_Desorden del Pulmón  
\_\_\_Parálisis  
\_\_\_Flebitis/ Hemocultivo  
\_\_\_Pulmonía  
\_\_\_Fiebre Reumática  
\_\_\_Embolia Cerebral  
\_\_\_Desorden del Tiroides  
\_\_\_Otra Problema \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Repaso por Aparatos**  
**Marca Aplicable**

\_\_\_Problema con Anestesia  
\_\_\_Enfermedad de Ojo, Nariz o Garganta  
\_\_\_Perdida de la audición  
\_\_\_Indigestión, Reflujo  
\_\_\_Hernia Hiatal  
\_\_\_Ulcera/Dolor de estomago  
\_\_\_Desorden del vesicular biliar  
\_\_\_Inflamación del Colon  
      (I.E. Colitis / Diverticulitos)  
\_\_\_Sangrimiento del Intestino  
\_\_\_Falta de Respiración  
\_\_\_Fiebre o Escalofrió  
\_\_\_Angina/Dolor en el Pecho  
\_\_\_Anómalo latido del Corazón  
\_\_\_Debilidad de Músculos  
\_\_\_Dolor/Edema en los Articulaciones  
\_\_\_Contracción en los Músculos  
\_\_\_Perdido de Peso Reciente  
\_\_\_Ulcera en la Piel  
\_\_\_Enfermedad Mental  
\_\_\_Gota  
\_\_\_Soriasis

**Historia de Operaciones**  
**Marca Aplicable**

\_\_\_Problema del Corazón  
\_\_\_Tonsila  
\_\_\_Vesicular Biliar  
\_\_\_Apéndice  
\_\_\_Próstata  
\_\_\_Histerectomía  
\_\_\_¿Cáncer? ¿Donde? \_\_\_\_\_  
\_\_\_Espalda  
\_\_\_¿Fractura? ¿Donde? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_Otro Operación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historia Medica Familiar**  
**(Padres o Hermano-a)**  
**Marca Aplicable**

\_\_\_Embolia Cerebral  
\_\_\_Problema del Corazón  
\_\_\_Diabetes  
\_\_\_Artritis  
\_\_\_Gota  
\_\_\_Epilepsia  
\_\_\_Enfermedad Mental  
\_\_\_Desorden del Riñón  
\_\_\_Cáncer  
\_\_\_Desorden del Sangre  
\_\_\_Alcoholismo  
\_\_\_VIH/Tuberculosis  
\_\_\_Leucemia  
\_\_\_Otro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

M.D.