**FORMULARIO DE ADMISION-NUEVO PACIENTE**

|  |
| --- |
| **Formulario del Paciente** |
| Nombre (Apellido, Nombre,) | Sexo | Estado Civil | Fecha de Nacimiento | Seguro Social |
| Domicilio | Ciudad, Estado, Codigo Postal | Numero de tel Movil/Casa |
| Empresa donde Trabaja: | Direccion de Empresa: | Numero de tel de trabajo: |
| Correo Electronico |  Por favor marque aquí si nos da permiso de mandarle recordatorios de su citas Numero Movil:  |
| **Contacto de Emergencia** |
| Nombre | Parentesco | Numero de Telefono |
|  |
| Por favor proporcione al personal una identificación con fotografía y su credencial de seguro medico para que podamos colocar una copia en su expediente. |

\\DESKTOP-KQ4CPIM\scans\FORMS\Premier Patient Info Spanish 091624.docx

**FORMULARIO DE ADMISION-NUEVO PACIENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad: \_\_\_\_\_\_\_**

**Premier ha recibido una referencia de su medico para el tratamiento de:**

|  |
| --- |
|  |

¿está tomando actualmente alguno de los siguientes medicamentos:

Dolor [ ] Sí [ ] No Anti Inflamatorios [ ] Sí [ ] No Relajantes musculares[ ] Sí [ ] No

Apunte cualquier otro medicamento que esté tomando actualmente**:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Si/No**  | **Si No** | **Si No** |
| [ ]  [ ] ¿tiene un marcapasos | [ ]  [ ] Historia del cáncer/tumores  | [ ]  [ ] Presión arterial alta  |
| [ ]  [ ] Convulsiones, trastorno nervioso | [ ]  [ ] Embolia | [ ]  [ ] Reemplazo de la articulación ? |
| [ ]  [ ]  ¿estás embarazada?  | [ ]  [ ]  Enfermedades cardíacas | [ ]  [ ] Diabetes |
| [ ]  [ ] Mareos-apagones  | [ ]  [ ] Gota | [ ]  [ ] Enfermedad de Auto-Inmunidad? |
| [ ]  [ ] Aumento de la sed/hambre | [ ]  [ ]  ¿tiene dorlor 24 horas al dia? | [ ]  [ ]  ¿te despiertas del dolor? |
| [ ]  [ ] Trastornos de sueño? | [ ]  [ ] Dolores de cabeza irregulares  |  |
| [ ]  [ ]  \*Fuma?  **Cuantos Diarios? Semanales?** |  |
| [ ]  [ ]  Bebe? **Cuantos Diarios? Semanales?** |  |

**\*Tenga en cuenta que fumar puede retrasar su proceso de curación.**

|  |
| --- |
| ¿Cómo se lastimo? |
|  |
|  |
|  |

¿ha sido hospitalizado por el problema actual? [ ]  Sí [ ] No

¿se ha operado para el problema actual? [ ]  Sí [ ] No

¿ha tenido otras cirugías previas:[ ]  Sí [ ] No

¿Cuál es su profesión/título de trabajo**? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿está trabajando actualmente**?** [ ] Sí [ ] No [ ] Tiempo Completo [ ]  Con Restricciones? [ ]  Medio Turno

¿ha asistido a terapia física para la lesión actual: [ ]  Sí [ ] No Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Donde ?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor marque cualquiera de las siguientes que ha consultado para su lesión:

[ ]  Especialista en dolor [ ]  Ortopédicos [ ]  Chiropractico [ ]  Abogado

Cuestionario de Dolor

Marque √ en cualquiera de los siguientes que aumente su dolor:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Estar Sentado | [ ]  Estar Parado  | [ ]  Caminar |
| [ ] Alcanzar Objetos | [ ]  Incarse  | [ ]  Estar de Cuclillas  |
| [ ]  Doblarse  | [ ]  Vestirse | [ ]  Actividades del Diario  |
| [ ] Conducir  | [ ]  Dormir  | [ ]  Empujar Objetos  |
| [ ] Estirar  | [ ]  Hacer Ejercicio  | [ ]  Cargar Objetos  |
| [ ] Levantar Objetos | [ ]  Agacharse | [ ]  Subir Escaleras  |
| [ ] Bajar Escaleras |  |  |

¿Cuándo comenzó el dolor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿ha tenido alguna de las siguientes interpretaciones?

Rayos X [ ]  Sí [ ] No Tomografía [ ]  Sí [ ] No

Estudio de Nervios [ ]  Sí [ ] No MRI-Resonancia [ ]  Sí [ ] No

Artrografía [ ]  Sí [ ] No Inyecciones [ ]  Sí [ ] No

Favor de indicar el nivel actual de dolar basándose en las figuras de abajo: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



Marque cualquiera de los siguientes que describen su dolor: [ ] Agudo [ ] Adormecido, hormigueo [ ] Leve-adolorido [ ] Ardor

Marque cualquiera de los siguientes que ayudan a aliviar su dolor: [ ] Medicamento [ ] Descanso [ ] Dormir

¿Tiene dolores de cabeza? [ ]  Sí [ ] No

Frecuencia de los dolores de cabeza: [ ] 1-2 Semanales [ ] 2-4 Semanales [ ] 4-5 Semanales [ ] Diarios

Factores que agravan el dolor: [ ] Luz [ ] Sonido [ ] Ruido