**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 muscularesSí 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?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

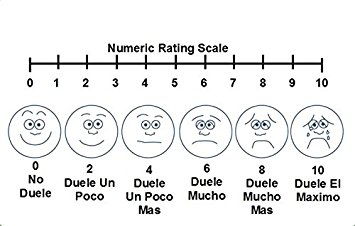
¿ha tenido alguna de las siguientes interpretaciones?

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