

ORTOPÉDICO

Nombre del paciente: _____

¿Por qué problema se está haciendo ver? _____

Fecha de la lesión o de cuando comenzó su afección: _____

¿Esta lesión se produjo en su trabajo? Sí No

Describa la lesión o la aparición: _____

¿Ha recibido anteriormente tratamiento para este problema? No Sí

En caso afirmativo, indique el lugar y la persona que lo asistió. _____

¿Le han tomado radiografías de este problema? No Sí

(En caso afirmativo, deberá traerlas si no se realizaron en Silverton Hospital)

¿Se le ha realizado una tomografía computada o una resonancia magnética? No Sí

(En caso afirmativo, deberá traerlas si no se realizaron en Silverton Hospital)

¿Han sido usted o sus familiares directos pacientes nuestros? No Sí

ANTECEDENTES MÉDICOS:

¿Alguna vez ha tenido:

Diabetes? Sí No Problemas de corazón? Sí No Presión arterial alta? Sí No

Glaucoma? Sí No Problemas de circulación? Sí No Problemas de hemorragia? Sí No

Cáncer? Sí No Cirugías? Sí No

Si contestó **sí** a alguna de estas preguntas, explique: _____

¿Tiene algún tipo de alergia? (Incluya las alergias a los medicamentos) Sí No

En caso afirmativo, indique cuáles son: _____

¿Está tomando actualmente algún medicamento? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre y la dosis del mismo: _____