



Office Use Only

Updated Patient Information Only
FGP | DOL HMO MDC PPO SCH WMC PI Other _____
Patient Type | DIR ION HER MDR QF WR Other _____
Injury Type | High School/Sports Injury
Images | X-RAY MRI CT Other _____

Chicago Center for Sports Medicine and Orthopedic Surgery Formulario de Historial Médico

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

¿Quién lo refirió a nosotros?

- Doctor | Nombre: _____ Tel # | _____
 Hospital/Centro | Nombre: _____ Tel # | _____
 Otro | Nombre: _____ Tel # | _____

Problema o lesiones: Derecha / Izquierda _____ Fecha del accidenté lesión _____

Síntomas de problema o lesión: _____

Como ocurrió esta lesión? _____

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? Circule uno: **Sí No** | En caso afirmativo, detalle a continuación.

Alergia | _____ Reacción | _____

Alergia | _____ Reacción | _____

¿Está tomando algún medicamento? Circule uno: **Sí No** | En caso afirmativo, detalle a continuación.

Medicamentos | _____ Dosificación | _____

Medicamentos | _____ Dosificación | _____

Medicamentos | _____ Dosificación | _____

¿Tiene o ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes problemas médicos? Marque todos los que correspondan:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> HIV + |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Circulación | <input type="checkbox"/> Células Falciformes | <input type="checkbox"/> Fractura de huesos |
| <input type="checkbox"/> Tendencia al sangrar | <input type="checkbox"/> Ulcera Estomacal | <input type="checkbox"/> Lesiones de espalda o cuello |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide o Lupus | <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____ | | |

Usted fuma? Circule uno: **Sí No** | Cuantos paquetes/Cigs por día? _____

Consumo alcohol? Circule uno: **Si No** | Cuantas bebidas por semana? _____ por mes? _____

¿Ha tenido alguna cirugía? Circule uno: **Sí No** | Por favor anote cuales y fechas que usted ha tenido, e incluye algún tipo de complicaciones:

Cirugía | _____ Date | _____ Complicación? | _____

Cirugía | _____ Date | _____ Complicación? | _____

Cirugía | _____ Date | _____ Complicación? | _____

¿Algún miembro de su familia inmediata ha tenido? Marque todo lo que corresponda.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer tipo: | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar, TB |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes |