

Formulario de admisión para nuevos pacientes



Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Pila Inicial del segundo

Dirección: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino / Mujer

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número del teléfono principal: _____ Hogar Móvil Trabajo

Número de teléfono secundario: _____ Hogar Móvil Trabajo

Correo electrónico: _____

El estado civil: Soltero/a Casado/a Pareja Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Información sobre el empleo

Estado de trabajo actual: Empleado Desempleado Estudiante Jubilado Discapacitado

Si no está trabajando, ¿cuándo fue la última vez que trabajó? _____

Título del puesto/ocupación (cuanto más específico, mejor): _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Queja principal

Proporcione una breve descripción detallada de los síntomas o problemas que está experimentando actualmente

Entre 0 y 10, qué número representa mejor la intensidad de su dolor: _____ de 10

(0 = no dolor, 5 = dolor moderado, and 10 = el peor dolor imaginable)

¿A qué lado afecta esto? Derecho Izquierdo Ambos **Dominio de la mano:** Derecha Izquierda

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

El médico de cabecera

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

El médico de referencia *(el médico que lo derivó a Bellevue Hand Surgery)*

¿Su PCP lo remitió? Sí No, un proveedor diferente te derivó - por favor, **enumera a continuación**

Nombre: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Farmacia preferida

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Información de seguros

Seguro PRIMARIO: _____ ID de suscriptor: _____ Grupo #: _____

Suscriptor principal: El mismo Esposo/a Padre Otro: _____

Nombre de suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Apellido Pila Inicial Segundo

Seguro SECUNDARIO: _____ ID de suscriptor: _____ Grupo #: _____

Suscriptor principal: El mismo Esposo/a Padre Otro: _____

Nombre de suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Apellido Pila Inicial Segundo

Divulgación de información sobre beneficios

Autorización de por vida: Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a Bellevue Orthopedic Physicians PLLC / Bellevue Hand Surgery por cualquier servicio que me proporcione Bellevue Orthopedic Physicians PLLC / Bellevue Hand Surgery. Soy responsable de cualquier saldo debido. Autorizo a cualquier titular de información médica propia a revelar a mi compañía de seguros y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. _____ (Inicial aquí)

¿Está aquí porque se lesionó en su lugar de trabajo? No Sí

*Si su respuesta es afirmativa (arriba), complete las siguientes secciones

Lesión relacionada con el trabajo

(Dejar en blanco si no es aplicable)

Fecha de la lesión: _____ Última fecha de trabajo: _____

Gerente del reclamo: _____ Número de reclamo: _____

Número de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

¿Quién gestiona este reclamo?

- Washington State Department of Labor & Industries OWCP / FECA CorVel Eberle Vivian
 Gallagher Bassett Sedgwick Otro: _____

¿Está aquí porque resultó lesionado en un accidente automovilístico? No Sí

*Si su respuesta es afirmativa (arriba), complete las siguientes secciones

Lesiones Relacionadas con Vehículos Motorizados

(Dejar en blanco si no es aplicable)

Fecha de la lesión: _____

Proveedor de seguros: Allstate Geico Liberty Mutual Progressive

State Farm USAA Otro: _____

Número de reclamo: _____ Tasador: _____

Número de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Estado de salud actual

Aproximadamente cuando comenzó este problema (fecha de la lesión): _____

¿Cuál parece ser la causa inicial?: _____

Su condición afecta: Trabajo Sueño Otro: _____

Síntomas: Inestabilidad Entumecimiento Dolor Rigidez Inflamación

Otro: _____

Si tiene dolor, consulte la descripción más adecuada:

Dolorido Ardor Leve Intenso Agudo Punzante Palpitante

¿Cómo están cambiando sus síntomas?

Mejorar gradualmente Mejorar rápidamente Empeorar gradualmente Empeorar rápidamente Permanecer igual

¿Alguno de los siguientes factores mejora / reduce sus síntomas?

Descansar Hielo Calor NSAID Tablilla Masaje

¿Alguno de los siguientes empeora sus síntomas?

Actividad Frío Presión Otro: _____

¿Ha tenido algún diagnóstico por imágenes, estudios o tratamientos para este problema?

Artrograma Gammagrafía ósea CT MRI Estudio de nervios Cirugía Terapia Radiografía (EMG)

Otro: _____

Si se sometió a algún diagnóstico por imágenes, estudios o tratamientos, ¿cuáles fueron los resultados?

¿Ha tenido algún tratamiento terapéutico para este problema?

Acupuntura Aparato Masaje Inyección de plasma rico en plaquetas (PRP)

Inyección de células madre Inyección de esteroides Cirugía Otro: _____

Si se sometió a tratamientos terapéuticos, ¿cuáles fueron los resultados?

Historia social

Altura: _____ Peso: _____

- Fuma actualmente? No Sí Cantidad por día: _____
 Alguna vez ha fumado? No Sí Año en que dejaste: _____
 Toma alcohol? No Sí Bebidas por semana: _____
 Consume cafeína? No Sí Bebidas por semana: _____
 Sigue una dieta específica? No Sí Nombre de la dieta: _____
 Alguna vez ha tenido un problema con las drogas? No Sí Año en que dejaste: _____
 Alguna vez ha tenido un problema con el alcohol? No Sí Año en que dejaste: _____
 Hace ejercicio? No Sí Veces por semana: _____
 Tiene problemas de equilibrio? No Sí
 Si tiene 65 años, ¿se ha caído en los últimos 2 años o se ha caído y se ha lesionado en los últimos 12 meses? No Sí
 Si tiene 65 años, ¿ha recibido una vacuna antineumocócica en los últimos 12 meses? No Sí
 Se ha vacunado contra la gripe en los últimos 6 meses? No Sí
 Tiene hijos? No Sí ¿Cuántos?: _____

Raza: Afroamericano Amerindio / Nativo de Alaska Asiático Caucásico Isleño del Pacífico
 Otra: _____

Etnia: Hispánico / Latino Latino no hispano Declinar a contestar

El más alto nivel de educación: _____

Medicamentos/Suplementos actuales

Medicamento	Dosis	Frecuencia	¿Razón por la que lo está tomado?

Alergias

Concéntrese en las reacciones alérgicas, en lugar de en los efectos secundarios, al responder las siguientes preguntas

Las reacciones alérgicas comunes incluyen	Los efectos secundarios menores comunes incluyen (no alérgico)
<ul style="list-style-type: none">• Urticaria• Erupción con picazón• Dificultad para respirar• hinchazón en la cara, la lengua y la garganta	<ul style="list-style-type: none">• Mareo• Somnolencia excesiva• Nausea• Malestar de estómago

¿Es alérgico al látex? No Sí

¿Tiene alergias a drogas conocidas? No Sí

En caso afirmativo, indique los medicamentos a los que es alérgico y especifique su reacción alérgica

Yodo: _____ AINEs: _____ Penicilina: _____ Sulfamidas: _____

Otro(s): _____

Condiciones de salud (Marque todas las que apliquen)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Stent cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica | <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación | <input type="checkbox"/> Ataque de corazón | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal / Reflujo |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Presión alta |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Fusión del cuello |
| <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Estimulador de la médula espinal | <input type="checkbox"/> Tomar anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | |

Otro: _____

Historia quirúrgica

¿Ha tenido alguna cirugía previa que esté relacionada con sus síntomas? No Sí

En caso afirmativo, describa la cirugía o cirugías

Año

¿Descripción de alguna otra cirugía que no esté relacionada con su problema actual?

Ejemplo: Apendicectomía, bypass de la arteria coronaria, etc.

Año

¿Ha tenido alguna complicación con la anestesia? No Sí, por favor, describa: _____

Historia de la salud familiar

Si algún pariente consanguíneo ha tenido alguna de las siguientes afecciones, verifique e indique qué pariente (s)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis: _____ | <input type="checkbox"/> Sangrando fácilmente: _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia: _____ | <input type="checkbox"/> Glaucoma: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía: _____ | <input type="checkbox"/> Presión alta: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Apoplejía: _____ | Otro: _____ | |

Agregue detalles adicionales para cualquier condición positiva que haya seleccionado anteriormente:

Revisión de Sistemas

En el último mes, ¿ha tenido alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las que apliquen)

Dental

- Dientes astillados o sueltos
- Implantes dentales
- Otro: _____

Oídos

- Zumbido en los oídos
- Pérdida de audición
- Otro: _____

Ojos

- Pérdida de la visión
- Sequedad
- Otro: _____

General

- Aumento de peso reciente: Cuánto _____
- Pérdida de peso reciente: cuánto _____
- Fatiga / Debilidad
- Fiebre / Sudores nocturnos

Corazón y Pulmones

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Falta de aliento
- Otro: _____

Riñón / Orina / Vejiga

- Sangre en la orina
- Dificultad para orinar
- Orinar con frecuencia o dolor
- Otro: _____

Músculo / Articulaciones / Huesos

- Dolor articular
- Debilidad muscular
- Otro: _____

El sistema nervioso

- Dolores de cabeza
- Mareo
- Entumecimiento u Hormigueo
- Otro: _____

Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión
- Irritabilidad
- TEPT
- Pensamientos de suicidio

Piel

- Rojez
- Sarpullido
- Otro: _____

Estómago e intestinos

- Náusea
- Vómito
- Diarrea persistente
- Sangre en las heces
- Otro: _____

Garganta

- Dolores de garganta frecuentes
- Dificultad para tragar
- Otro: _____

Agregue detalles adicionales para las condiciones indicadas anteriormente:

Al firmar, usted reconoce que ha completado este formulario a su leal saber y entender

Nombre: _____ **Relación:** _____
Nombre en letra de imprenta: paciente o persona legalmente autorizada (Padre, Tutor Legal, Representante Personal)

La firma: _____ **Fecha:** _____
Paciente o persona legalmente autorizado