

Breve Historia Medica

(Las reglas federales requieren que una historia medica este complete y incluida en todos los registros medicos)

Nombre: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Doctor: _____

A tenido terapia para la mano antes? Si No Cuando? _____ Donde? _____

Brevemente describa como ocurrio su condicion:

Dolor/Sintomas

En una escala del 0 a 10, (0 = sin dolor, 10 = lo suficiente alto dolor para ir a la sala de emergencia), que es su

Actual nivel de dolor ? ____/10 Alto nivel de dolor? ____/ 10 Bajo nivel de dolor ? ____/ 10

Que son unos factores que hacen que su condicion se empeore y mejore:

Empeore _____ Mejore _____

Por favor marque abajo las condiciones de salud que tiene usted:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Enfermedades de gastrointestinal tales como la ulcera, hernia, reflujo, intestino hijado, y visicula biliar | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periferica |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Trastorno de panico | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Neumonía (reciente) |
| <input type="checkbox"/> Arthritis (osteo-reumatoide) | <input type="checkbox"/> Problemas de audicion/sordera profunda y aparatos auditivos | <input type="checkbox"/> Accidentes Previos |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazon (como ataque al corazon, infarto del miocardio, fallo cardiaco , marcapasos/desfrilador cardiac interno y angina) | <input type="checkbox"/> Cirugia previa |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda (dolor de cuello, a la parte bajo de la espalda, o enfermedad degenerativa del disco y estonosis espinal | <input type="checkbox"/> Hepatitis/HIV/CIDA | <input type="checkbox"/> Protesis/Implantes o metal |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> Desordenes de sueño |
| <input type="checkbox"/> Pulmonar Ostructiva Enfermedad (COPD), syndrome de dificultad respiratoria adquirada (ARDS) o enfisema | <input type="checkbox"/> Rinones,vejica, prostota, incontincia y problemas de orinar | <input type="checkbox"/> Convulciones |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Enfermedad Neurologica | <input type="checkbox"/> Infarto o Accidente Isquemico Transitorio |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 or 2 | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Fractura o posiblemente fractura | | <input type="checkbox"/> Enfermedades de vista como cataratas, glaucoma, o degeneracion macular |
| | | <input type="checkbox"/> Otros Desordenes _____ |

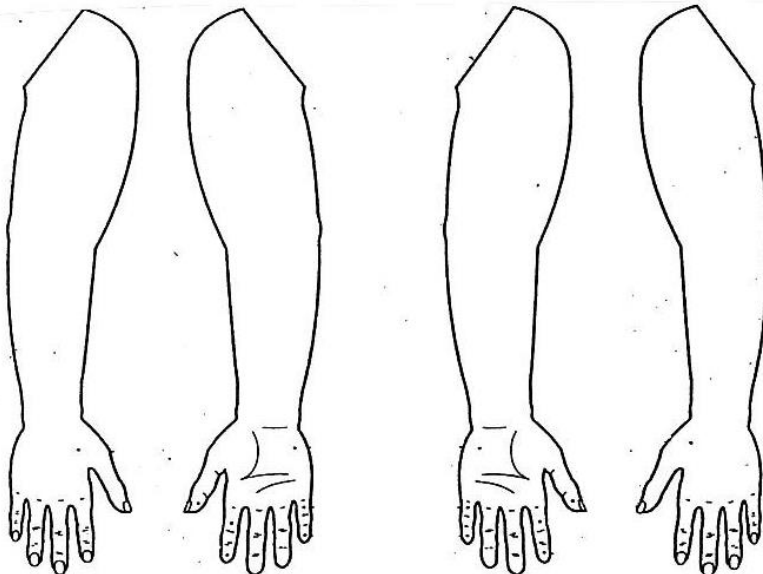
Mujeres: Embarazada? Si No

Si ha marcado cualquiera de las condiciones de arriba, explique brevemente con fechas aproximadas por favor:

Escriba su lista actual de medicamentos que esta tomando por favor:

Derecho Dorsal Derecho Volar

Izquierdo Volar Izquierdo Dorsal



En la foto de mano aqui, usando los siguientes simbolos por favor marque cual es la area de su dolor:

(X) Fuerte

(+) Adormecimiento/Ormiguelo

(#) Agudo

(B) Ardor

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____