

# SANDHILL ORTHOPAEDIC & SPORTSMEDICINE, L.L.C.

101 East Fulton Street, Garden City, Kansas 67846-5454  
620-275-8400 • 1-800-279-5733 • Fax: 620-275-2687

## Historia y Fisico

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Presion \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_

Referido Por \_\_\_\_\_ Medico Personal \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ Fecha del Accidente \_\_\_\_\_

Queja: \_\_\_\_\_

Obtenga expediente de: \_\_\_\_\_

**Historia Quirurgica:** \_\_\_\_\_

**Historia Medica:** \_\_\_\_\_

**Medicamiento:** \_\_\_\_\_

**Alergia:** \_\_\_\_\_

Puede estar embarazada? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Fecha de ultima regla \_\_\_\_\_

**Historia Familiar y Social:** En su familia (papas o abuelos) hay problemas medicos como:

Si

Explice

Cardiaco \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Presion Sanguinea \_\_\_\_\_

Derrame \_\_\_\_\_

Artritis/Trastorno Similar \_\_\_\_\_

Problema que requiera cirugia  
o un aparato ortopedico \_\_\_\_\_

Alcohol \_\_\_\_\_

Fuma \_\_\_\_\_

Cancer \_\_\_\_\_

**Reviso del Sistema:**

Esta ahorita, o alguna vez ha sido tratado por alguno de los siguientes:

<u>Sistema Central Nervioso:</u>	Si	Explice
Dolor de cabeza, vista empañada	_____	_____
Perdida de conciencia	_____	_____
Derrame	_____	_____
Disfasia	_____	_____
Problemas con intubacion anterior	_____	_____
Epilepsia/convulsiones	_____	_____
<u>Cuello:</u>		
Tiroides	_____	_____
<u>Pecho:</u>		
Toz	_____	_____
Falta de aire	_____	_____
Sangre en el esputo	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____
Enfermedad Pulmunar		
Cronica Obstructiva	_____	_____
Asma	_____	_____
<u>Cardiovascular:</u>		
Hipertension	_____	_____
Infarto de miocardio	_____	_____
Dolor del pecho	_____	_____
Colesterol elevado	_____	_____
Arritmia	_____	_____
Cuagulos en la sangre	_____	_____
Trastorno sangrante	_____	_____
<u>Abdomen:</u>		
Ictericia/hepatitis/VIH	_____	_____
Diabetes	_____	_____
Ulcera peptica	_____	_____
Fallecimiento del riñon/ piedra del riñon	_____	_____
Enfermedad gastro intestinal/ Deposicion Abnormal	_____	_____
<u>GU:</u>		
Hernia	_____	_____
Sangre en el escremento	_____	_____
Infeccion en la orina	_____	_____
<u>Extremidades Afectadas:</u>		
Adormecido, ormigero, debilidad	_____	_____
Hinchazon	_____	_____
Se le laquea	_____	_____
Rijidez	_____	_____
Enrojecimiento	_____	_____
Le Truena	_____	_____
Instabilidad	_____	_____
Renquea	_____	_____
Rechina	_____	_____
Deformidad	_____	_____

Firma del Paciente \_\_\_\_\_