

COLLIER NEUROLOGIC SPECIALISTS

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Cuántos años tienes? _____ Mano dominante (círculo uno): Derecha
Izquierda

Médico remitente: _____ Médico de Atención Primaria: _____

Motivo de la visita: _____ Cuánto tiempo? _____

¿Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos: _____ ¿Medicamento para el dolor?
 _____ ¿Inyecciones epidurales?
 _____ ¿Fisioterapia?
 _____ ¿Cirugía?

No escriba en el área siguiente:

Enumere los MEDICAMENTOS actuales: _____

Nombre de la farmacia, teléfono, dirección: _____

¿Tiene alguna ALERGIA a los medicamentos? No Si En caso afirmativo, ¿qué medicamento y tipo de reacción? _____

Por favor, enumere cualquier CIRUGÍA (incluida la cirugía estética) o ADMISIONES HOSPITALARIAS y fechas. _____

Social History:

¿Bebes alcohol?	No	Si	En caso afirmativo, con qué frecuencia? _____
¿Alguna vez has fumado?	No	Si	En caso afirmativo, cuánto? _____ ¿Cuánto tiempo? _____
¿Dejó de fumar?	No	Si	¿Cuándo dejó de fumar? _____
¿Tienes hijos?	No	Si	En caso afirmativo, ¿cuántos? _____
¿Vives solo?	No	Si	No, ¿con quién? _____
¿Estás jubilado?	No	Si	Ocupación (u ocupación anterior): _____

Family History:

Madre	Viva	Fallecida	Causa de muerte: _____	Edad _____
Padre	Vivo	Fallecido	Causa de muerte: _____	Edad _____
Hermano/Hermana	Vivo	Fallecido	Causa de muerte: _____	Edad _____
Hermano/Hermana	Vivo	Fallecido	Causa de muerte: _____	Edad _____
Hermano/Hermana	Vivo	Fallecido	Causa de muerte: _____	Edad _____

Por favor, enumere cualquier enfermedad que se presente en su familia: _____

TURN PAGE OVER

Verifique [√] cualquier afección médica que se enumere a continuación y que le hayan diagnosticado:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> presión arterial alta | <input type="checkbox"/> problemas intestinales o vesicales | <input type="checkbox"/> artritis/gota |
| <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca/angina/ataque card. | <input type="checkbox"/> úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> latidos cardíacos irregulares | <input type="checkbox"/> problemas de próstata | <input type="checkbox"/> polio |
| <input type="checkbox"/> colesterol alto | <input type="checkbox"/> cálculos renales | <input type="checkbox"/> coágulos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> problemas de oído/nariz/garganta | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> anemia |
| <input type="checkbox"/> EPOC/enfisema/asma | <input type="checkbox"/> problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> cancer (tipo) _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros (por favor enumere) _____ | | |

Por favor, compruebe [√] cualquier problema actual que pueda tener: (Revisión de sistemas)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <u>Constitucional</u> | <u>Cardiovascular</u> | <u>Genitourinario</u> | <u>Neurológico</u> |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Dolor torácico | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Dificultad hablando |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Frecuencia Urinaria | <input type="checkbox"/> Vértigo/mareo |
| <input type="checkbox"/> Falta de sueño | | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria |
| <u>Ojos</u> | <u>Respiratory</u> | <u>Musculoskeletal</u> | <input type="checkbox"/> Debilidad |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión | <input type="checkbox"/> Espujo | <input type="checkbox"/> Hand joint pain | <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Dolor en la muñeca | <u>Skin</u> |
| <input type="checkbox"/> Dolor ocular | <u>Gastrointestinal</u> | <input type="checkbox"/> Dolor en el codo | <input type="checkbox"/> Cambio de lunares |
| <u>Oídos/Nariz/Garganta</u> | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Dolor en el hombro | <input type="checkbox"/> Sarpullido |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Constipación | <input type="checkbox"/> Dolor de cadera | <input type="checkbox"/> Mala curación |
| <input type="checkbox"/> Disminución de audición | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> Dolor de rodilla | <u>Hematológico</u> |
| <input type="checkbox"/> Secreción sinusal | <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal | <input type="checkbox"/> Dolor de tobillo | <input type="checkbox"/> Moretones fáciles |
| <input type="checkbox"/> Llagas en la boca | <input type="checkbox"/> Depositiones dolorosas | <u>Psicológico</u> | <input type="checkbox"/> Sangrado fácil |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad | <input type="checkbox"/> Mala coagulación |
| | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal/reflujo | | |

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

-----**NO ESCRIBA A CONTINUACIÓN**-----

Height: _____ ft _____ in	Weight: _____ lbs	HR _____	Respirations: _____	BP: _____
	<u>WNL</u>	<u>Abnormalities/comments</u>	<u>WNL</u>	<u>Abnormalities/comments</u>
Appearance			GU (males)	
HEENT			Lymph nodes	
Neck			Musculoskeletal	
Respiratory			Skin	
Cardiovascular			Neurologic	
Gastrointestinal			Psychiatric	

Special Studies

--

Impression

--

Plan

--

Providers Signature: _____