

Robert Scott, M.D.
Spinal Injection Medical History form
9834 Genesee Ave. Ste. 223 B
La Jolla, CA 92037
858 277 7123 phone/858 277 3470 fax

Historia Clínica de la inyección Espinal

Por favor, responda a todas las preguntas siguientes y revíselas con el personal del Dr. Scott

1. **Ha cambiado alguno de sus síntomas desde su última visita?** Si No
Esta diferente su dolor? Ha visitado las urgencias, los cuidados urgentes o algún medico nuevo? Se ha sometido a nuevas pruebas de imagen? Esta tomando algun medicamento nuevo?
2. **Es usted alérgico a los tintes inyectados, al yodo, al marisco, a los anestésicos, a los esteroides, a las Cintas o al látex ?** Si No
3. **Está utilizando algún medicamento anticoagulante? Por ejemplo, Aspirina, Excedrin o cualquier otro producto que contenga Aspirina, Coumadin, Lovenox, Ticlid, Plavix, Aggrenox, Eliquis, Pradaxa, Xarleto.** Debemos acordar con su internista/cardiólogo la suspensión de estos medicamentos antes del procedimiento de inyección. Estos deben ser suspendidos de acuerdo con el protocolo de ASRA (COAGS App) Si No
4. **Está utilizando alguno de los siguientes medicamentos antiinflamatorios para el dolor? Ejemplos comunes son: Motrin, Advil, Ibuprofen, Aleve, Naproxen, and Voltaren? La mayoría de ellos deben suspenderse 3 días antes de la intervención. (utilice la aplicación COAGS)** Si No
5. **Está utilizando algún medicamento de venta libre, suplementos nutricionales, hierbas o medicinas "alternativas", aceite de pescado? Enumérelos aquí: _____**
5. **¿Le han operado del corazón o le han colocado stents?** Si No
6. **Tienes diabetes?** Si No
7. **Tienes presión arterial alta?** Si No
8. **Tienes apnea del sueño?** Si No
9. **Está recibiendo tratamiento por alguna infección/prescripción de antibióticos?** Si No
10. **Le han diagnosticado trastorno bipolar?** Si No
11. **Tiene usted prolapso de la válvula mitral?** Si No
12. **Ha sido operado de las articulaciones o de la columna vertebral en los últimos 6 meses?** Si No
13. **Tiene planeado un trabajo dental dentro de la primera semana de su inyección?** Si No
14. **Está usted embarazada?** Si No

Nombre de Paciente: _____

Fecha: _____

Firma de Paciente: _____

Staff Initials: _____