

---

## CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 1)

*Robert E. Scott, Jr., M.D.*

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

---

9834 Genesee, Suite 223B  
La Jolla, CA 92037  
Phone 858-277-7123  
Fax 858-277-3470

\*\*\*Por favor, rellénelo completamnete. No haverlo puede retrasar el pago de su reclamación/ indique N/A si no corresponde\*\*\*

**Paciente (Apeido, Nombre):** \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Sexo:  H  M Día de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo

SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Tipo de lesión: Trabajo  Auto  Otro

Parte del Cuerpo: \_\_\_\_\_  Right  Left  Both

**Información de Contacto de Paciente:** Home # \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

**Información de Empleador:** \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Trabajo # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

Dirección de Empleador: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

**Información de Farmacia:** Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección de Farmacia: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ Home # \_\_\_\_\_

Trabajo # \_\_\_\_\_

**Remitido por:** \_\_\_\_\_  Familia  Amigo  Seguro

Medico  Otro \_\_\_\_\_

Creemos que es muy importante mantener el contacto con sus médicos. Por favor, rellene la siguiente información para que podamos reenviar o llamar a sus medicos con información pertinente sobre su atención. Gracias. \*Por favor, utilice espacio adicional si es necesario.

**Medico Remitente:** \_\_\_\_\_

Telefono # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

**Medico de Cabecera:** \_\_\_\_\_

Telefono # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

**Abogado:** \_\_\_\_\_

Telefono # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

---

**CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 2)**

**Robert E. Scott, Jr., M.D.**

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

---

9834 Genesee, Suite 223B  
La Jolla, CA 92037  
Telefono 858-277-7123  
Fax 858-277-3470

**RECONOCIMIENTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Aviso y reconocimiento de las practicas de privacidad

Nuestro consultorio se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

Reconozco que me han ofrecido, o revisado el aviso de prácticas de privacidad de Robert E. Scott, Jr. M.D.

También se me ha hecho saber que Robert E. Scott, Jr. M.D. está licenciado y regulado por la junta médica de California, (800) 633-2322, [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov)

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

O firma de representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si la firma del representante personal se aparece arriba, describa la relación del representante personal con el paciente: \_\_\_\_\_

Si desea que alguna persona puede comunicarse con Dr. Robert Scott o su personal sobre su atención, incluya su nombre a continuación. Puede anadir o quitar a cualquier momento.

Usted puede discutir mi cuidado con las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

---

**CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 3)**

*Robert E. Scott, Jr., M.D.*

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Dia de Nacimiento/Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DIA DE ACCIDENTE: \_\_\_\_\_

Describe detalladamente cómo se lesionó:

---

---

---

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

Título del Trabajo: \_\_\_\_\_

Deberes del trabajo: \_\_\_\_\_

Cúantos (Días/meses/Anos) había trabajado en ese puesto hasta la fecha de la lesión? \_\_\_\_\_

Estas Trabajando ahorita? \_\_\_\_\_

En caso si, Se Modifica su trabajo ? \_\_\_\_\_

Si no, en qué fecha tabajó por última vez para ese empleador?: \_\_\_\_\_

Tiene otro trabajo, incluso un negocio en casa? \_\_\_\_\_

En caso si, que es? \_\_\_\_\_

Enumere cualquier lesion laboral anterior y estime las fechas y sus restricciones permanentes, si las hay.

---

Se ha lesionado antes la misma parte del cuerpo? En caso afirmativo, explique. Incluyendo el coche

---

Numbness  
|| || ||

Pins and Needles  
o o o o o

Burning  
x x x x x

Stabbing  
////

Ache  
\* \* \* \* \*

---

## CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Pagina 4)

*Robert E. Scott, Jr., M.D.*

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

---

Ahorita, cuál es su nivel de dolor en una escala del 1 al 10 (circula)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(no dolor) (dolor extremo)

ES TU DOLOR? (circula)

CONSTANTE PROFUNDO OCCASIONAL

DOLOR PUZANTE ARDIENDO DEBILIDAD DISPARANDO

---

AUE ALIVIA SU DOLOR? (Circula) SENTADO DE PIE INCLINARSE HACIA DELANTE O HACIA ABAJO ACOSTADO EN LA NOCHE  
TERAPIA DE MOBIMIENTO UNIDAD DE ESTIMULACION QUIROPRACTICA ACCUPUNTURA

QUE LO EMPEORA? SENTADO STANDING INCLINARSE MOVERSE LEVANTAR ACOSTADO CAMINAR TOSER ESTORNUDAR

SI TIENE DOLOR DE COLUMNA, EXPERIENCIAS DOLOR, ENTUMECIMIENTO O DEBILIDAD EN LAS PIERNAS?

DOLOR ENTUMECIMIENTO HORMIGUEO DEBILIDAD

SI TIENE DOLOR DE COLUMNA, EXPERIENCIAS DOLOR, ENTUMECIMIENTO O DEBILIDAD EN LAS MANOS O BRAZOS?

DOLOR ENTUMECIMIENTO HORMIGUEO DEBILIDAD

ENUMERE TODAS SUS AFECCIONES MEDICAS, PASADAS Y PRESENTES:

---

INDIQUER SU HISTORIAL DE VACUNACION EN EL ULTIMO ANO:

---

TIENE USTED UN SEGURO MEDICO PRIVADO? \_\_\_\_\_

QUIEN ES SU MEDICO? \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL MEDICO \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL MEDICO \_\_\_\_\_

ENUMERE TODAS SUS CIRUGIAS, INCLUYENDO LAS FECHAS:

---

CUANTO FUMAS? \_\_\_\_\_ BEBES? \_\_\_\_\_

SI LO DEJASTE, CUANDO? FUMAR? \_\_\_\_\_ BEBES? \_\_\_\_\_

HISORIA DE ADICCION A LAS DROGAS O AL ALCOHOL? \_\_\_\_\_

ENUMERE CUALQUIER ENFERMEDAD QUE SE DE EN SU FAMILIA (INCLUYE PROBLEMAS DE DROGAS O ALCOHOL)

---

ES USTED DIESTRO O ZURDO?

### HISTORIA DE TRATAMIENTOS

Numero de Visitas de Fisioterapia: \_\_\_\_\_

Numero de Visitas de Quiropráctic: \_\_\_\_\_

Numero de Visitas de Acupuncture : \_\_\_\_\_

Lista de Otro Tratamientos: \_\_\_\_\_

Lista de Estudios de Imagen (Rayos X/IRM) y Centro de Imagen: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

---

**CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 5)**

*Robert E. Scott, Jr., M.D.*

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

---

**REVISION DE LOS SISTEMAS**

**Tiene o ha tenido alguna vez:**

***Sistema Cardiovascular***

Si No

- Enfermedad Cardíaca
- Angina de Pecho
- Dolor en el Pecho
- Ataque al Corazón
- Presión arterial alta
- Usas un máchina CPAP?
- Tiene usted un stent cardíaco?
- Latidos irregulars del Corazón

Otro \_\_\_\_\_

***Sistema Respiratorio***

Si No

- Enfermedad Pulmonar, TB
- Enfisema
- Asma
- Sibilancias
- Dificultad para Respirar
- Apnea del sueno documentada

Otro \_\_\_\_\_

***Sistema Nervioso/Musculoesquelético***

Si No

- Epilepsia
- Accidente Cerebrovascular
- Neuropatía
- Dolor de espalda crónico
- Dolor de espalda agudo
- Dolor de Cuello
- Dolor en las articulaciones
- Dolor de cabeza severo

Otro \_\_\_\_\_

***Sistema Endocrino y gastrointestinal***

Si No

- úlceras
- Diabetes
- Enfermedad Renal
- Ictericia/Hepatitis
- Enfermedad de la Tiroides

Otro \_\_\_\_\_

***Hábitos Sociales/Otro***

Si No

- Fumas? Si es así, cunato fumas? \_\_\_\_\_
- Bebes? Si es asi, cuanto? \_\_\_\_\_
- Usas:     Audífonos     Lentes de Contacto     Ojo falso

- Tiene usted actualmente una gripe?
- Antecedentes de tendencia a las hemorragias
- Adición de Drogas o alcohol
- Mijeres, hay alguna posibilidad de que este embarazada en este momento?
- Alergia documentada al látex

Otro \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Fecha

**CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 6)**

*Robert E. Scott, Jr., M.D.*

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

**Lista de Medicamentos Actuales**

Nombre de Medicación (ex. Vicodin)	Dosificación (ex. 5 mg)	Uso (ex. 1-2 pastillas dos veces al día)	Fecha de comienzo	Actualizaciones

Ver la lista adjunta (Por favor incluyé nombre de paciente y fecha en la lista)) Por favor indique cualquier alergia (o NKA si no sabe):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Uso exclusivo de la oficina*

PMHx:
_____
_____
_____
_____
Ht: _____ Wt: _____ BP: _____ HR: _____ Temp: _____

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Primero

