

FAVOR DE IMPRIMIR CON UNA PLUMA DE TINTA NEGRA O AZUL

PLEASE PRINT USING BLACK OR BLUE PEN ONLY

Nombre del paciente: (apellido) (nombre de pila) (inicial)
Patient's Name: (Last) (First) (M.I.)

Edad del paciente: _____ años Fecha de nacimiento: ____/____/____ Altura: (pies) _____ (pulgadas) _____ Peso: _____
Patient's Age Years Date of Birth Height (Ft) (In) Weight

Este formulario es completado por: paciente esposo(a) padre/madre guardián otro
This form is being completed by Patient Spouse Parent Guardian Other

<p>¿Cómo se llama su médico principal? Who is your Medical Doctor or Primary Care Physician?</p> <p>Nombre: _____ Name nombre de pila (first) apellido (last)</p> <p>Dirección: _____ Address</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ City State</p>	<p>¿Quién le recomendó a Hinsdale Orthopaedics? _____ Who referred you to Hinsdale Orthopaedics?</p> <p>Médico: _____ Referring Physician</p> <p>Oficio/Profesión del paciente: _____ Occupation</p> <p>¿Cuánto tiempo hace que se gana la vida así? How long have you been doing this work?</p>
---	--

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD CORRIENTE / RAZON POR LA VISITA:

HISTORY OF PRESENT ILLNESS (HPI) / REASON FOR VISIT:

He llevado conmigo de otra parte: radiografías MRI nada
I have brought outside films X-Ray MRI None

¿Cuál es su mano dominante?: derecha izquierda
Which is your dominant hand? Right Left

Razón por la visita hoy: _____ extremidad derecha izquierda
Reason for visit today (por ejemplo: muñeca (wrist), tobillo (ankle), parte baja de la espalda (lowback)) Right Extremity Left Extremity

Fecha aproximada del principio de este problema: _____
Approximate date of the onset of the present problem

¿Cómo se le ocurrió el problema? _____
How did the problem occur?

¿Ha experimentado este problema anteriormente? No Sí Si contestó que "sí", descríbalo: _____
Any previous problems to this area? No Yes If yes, describe

1. ¿Con quién ha consultado Ud. por este problema? _____
Who have you seen for this problem? (sala de emergencia, médico familiar, etc./Emergency Room, family physician, etc.)

2. ¿Ha tenido Ud. algún análisis dentro de los últimos doce meses que tiene que ver con su visita hoy? No Sí
Have you had any past test within the last year that pertains to your visit today? No Yes

¿Cuál(es)? MRI EMG densidad de hueso (DEXA) CT Scan radiografía otro
Which tests? MRI EMG Bone Density (DEXA) CT Scan X-RAY Other

¿Qué tratamiento(s) ha tenido? terapia física ejercicios inyecciones otro
What treatments have you had? Physical Therapy Exercises Injections Other

3. Intensidad de dolor (Escriba un círculo): ningún dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dolor severo
Intensity of pain (circle one): None Severe

4. ¿Cuándo ocurre el dolor o el problema? _____
Timing of pain/problem (Por ejemplo, los síntomas ocurren después de comer, hacer ejercicio/For example: after meals, exercise, etc.)

5. Duración del dolor / del problema: _____
Duration of pain/problem: (¿Cuánto tiempo hace que sufre de los síntomas? ¿Semanas? ¿Meses? ¿Años?/How long: weeks, months, years?)

6. Tipo de dolor: ardiente persistente punzante agudo extendid profundo otro
Type of pain Burning Aching Stabbing Sharp Shooting Deep Other

7. ¿Se radía el dolor? No Sí ¿Adónde? _____
Does the pain radiate? No Yes To where?

8. ¿Qué medidas alivian el dolor? _____
What measures relieve the pain?

9. ¿Qué agravia el dolor? _____
What makes the pain worse?

RAZON POR LA VISITA CONTINUADA:
REASON FOR VISIT CONTINUED:

¿Se le ocurrió la herida en...? el trabajo un accidente de coches en casa jugando a un deporte otro
Did your injury occur at: Work Motor Vehicle Accident Home Sports Related Other

Si se le ocurrió la herida en el trabajo:
If Injury occurred at work:

Su título: _____
Job Title

Nombre de su empleador: _____
Employer Name:

Dirección: _____ Número de teléfono: _____
Address: Phone:

Clase de trabajo hecho: _____
Type of work Performed:

¿Le ha dado un reporte a su jefe sobre este caso? No Sí
Have you filed an injury report with your employer? No Yes

SU PROPIA HISTORIA MEDICA
YOUR PERSONAL MEDICAL HISTORY

	NO	Sí		NO	Sí		NO	Sí
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota (Gout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Cardíaco/ Enfermedad de Corazón (Heart Attack/Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	latido rápido del corazón (Heart Palpitations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmonía (Pneumonia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad (Anxiety)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B, or C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vejiga Fuera de Control (Bladder Control Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión arterial (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia Pulmonar (Pulmonary Embolism)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones de vejiga (Bladder Infections)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide (Rheumatoid Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendencia de sangrar (Bleeding Tendency)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los riñones (Kidney Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ciática (Sciatica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos de sangre (Blood Clots (DVT))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado (Liver Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes zona (Shingles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (Cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del pulmón (Lung Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones (Seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transtorno de coagulación (Coagulation Disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sis- témico (Lupus Erythematosus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de esteroides (Steroid Use)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión (Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lyme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	úlceras de estómago (Stomach Ulcers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malignant Hyperthermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia (Stroke/TIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraña (Migraine Headache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del tiroi- des (Thyroid Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema (Emphysema/COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple (Multiple Sclerosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo esofágico (Esophageal Reflux (GERD))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoarthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venas varicosas (Varicose Veins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

¿Sufre Ud. de otros problemas médicos que no fueron indicados arriba? _____
Any other medical problems not listed?

¿Ha tenido Ud. una radiografía de DEXA (la cadera y la espina) para indicar la densidad de los huesos antes? No Sí
Have you had a DEXA (Hip & Spine) for bone density before? No Yes

¿Cuándo? _____
When?

¿Ha experimentado Ud. u otro pariente suyo problemas con la anestesia? No Sí
Have you or any relatives had problems with anesthesia? No Yes

¿Tiene Ud. implantes (clavos, bastón, tornillos, etc.)? No Sí
Do you have any implants (pins, rods, screws, etc.)? No Yes

Si Ud. contestó que "sí", ¿dónde están? _____
If so, where are they?

HISTORIA DE SU CIRUGIA / HOSPITALIZACIÓN PREVIA <i>PAST SURGICAL/HOSPITALIZATION HISTORY</i>		
Año <i>Year</i>	Hospital / Lugar <i>Hospital/Location</i>	Razón <i>Reason</i>

¿Ha experimentado jamás algún problema con la anestesia? No Sí
Have you ever had any problems with Anesthesia? No Yes

ALERGIAS <i>ALLERGIES</i>	<input type="checkbox"/> No las tengo. <i>No Allergies</i>	Escriba una lista de cualquier alergia que tiene y su reacción. <i>List any allergies you have and what type of allergic reaction you experience</i>	
El látex <i>Latex Allergy</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	alergia: <i>Allergic to</i>	reacción: <i>Reaction</i>
El metal <i>Metal Allergy</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	alergia:	reacción:
El medicamento <i>Medication Allergy</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	alergia:	reacción:
Otras alergias <i>Other Allergies</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	alergia:	reacción:

HISTORIA DE MEDICAMENTO <i>MEDICATION HISTORY</i>			
Medicamento <i>Medication</i>	Dosis/Potencia <i>Dose/Strength</i>	¿Cuándo se lo toma? <i>When do you take it?</i>	Razón <i>Reason you take the medication</i>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

FARMACIA PREFERIDA
PREFERRED PHARMACY

Farmacia: _____
Pharmacy

Dirección: _____ Número de teléfono: _____
Address: Phone:

HISTORIA SOCIAL
SOCIAL HISTORY

Estado civil: casado,-a soltero,-a viudo,-a divorciado,-a separado,-a otro,-a significativo
Marital status: Married Single Widowed Divorced Separated Significant Other

Fumar:
Smoking

- Nunca ha fumado Fumaba anteriormente Exposición a humo pasivo
Has never smoked Former smoker Exposure to passive smoke
- Fuma diariamente Ha sido avisado que lo cese Ninguna exposición a humo pasivo
Currently smokes Has been advised to quit No exposure to passive smoke

Número de paquetes de cigarrillos fumados a diario: _____
No. of packs per day

Alcohol:

- Se toma alcohol No se lo toma
Drinks alcohol Does not drink alcohol
- Número de bebidas alcohólicas consumidas diariamente: _____
No. of Drinks per day

HISTORIA SOCIAL

SOCIAL HISTORY

Drogas:
Drugs

¿Toma Ud. drogas sin receta, incluso las drogas de recreación?
Are you taking any unprescribed drugs, including recreational drugs? No Sí

Si contestó que "sí", explique: _____
If yes, please specify:

Ejercicio físico:
Exercise:

Hace ejercicio a menudo No suele hacer ejercicio
Exercises regularly Does not exercise regularly

Domicilio: ¿Vive el paciente ahora en un asilo de ancianos o de rehabilitación?
Residence: Is patient currently residing at a Nursing/Rehab facility? No Sí

Si contestó que "sí", indique el nombre y la dirección del asilo: _____
If yes, name and address of facility:

HISTORIA OBSTETRICA (SOLO PARA LAS HEMBRAS)

OBSTETRICAL HISTORY (FOR FEMALES ONLY)

¿Está Ud. embarazada ahora? No Sí Número de hijos _____ De embarazos _____ De partos _____
Are you currently pregnant? NO YES No. of Children No. of Pregnancies No. of Deliveries

SU HISTORIA MEDICA FAMILIAR (PADRES Y HERMANOS)

YOUR FAMILY MEDICAL HISTORY (PARENTS, SIBLINGS AND OTHER RELATIVES)

	Padre Father	Madre Mother	Hermano,-a Sibling	Otro Other		Padre Father	Madre Mother	Hermano,-a Sibling	Otro Other		Padre Father	Madre Mother	Hermano,-a Sibling	Otro Other
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota (Gout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Cardíaco/ Enfermedad de Corazón (Heart Attack/Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	latido rápido del corazón (Heart Palpitations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmonía (Pneumonia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad (Anxiety)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B, or C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vejiga Fuera de Control (Bladder Control Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión arterial (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia Pulmonar (Pulmo- nary Embolism)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones de vejiga (Bladder Infections)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide (Rheu- matoid Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendencia de sangrar (Bleeding Tendency)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los riñones (Kidney Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ciática (Sciatica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos de sangre (Blood Clots (DVT))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado (Liver Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes zona (Shingles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (Cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del pulmón (Lung Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones (Seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de coagulación (Coagulation Disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sis- témico (Lupus Erythematosus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de esteroides (Ste- roid Use)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión (Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lyme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	úlceras de estómago (Stomach Ulcers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malignant Hyperthermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia (Stroke/TIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraña (Migraine Headache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del tiroides (Thyroid Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema (Emphysema/COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple (Multiple Sclerosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo esofágico (Esophageal Reflux (GERD))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoarthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venas varicosas (Varicose Veins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

¿Cualquier otro problema médico que no fue indicado por arriba? _____
Any other medical problems not listed?

REPASO DE SISTEMAS Por favor, indique cuál, si hay alguno, de los siguientes problemas ha tenido por escribir un círculo alrededor de "Sí" o "No" <small>REVIEW OF SYSTEMS (ROS) Please indicate which, if any, of the following problems you have by circling YES or NO</small>											
Constitucional <i>(Constitutional)</i>				Oídos/Nariz/Boca/Garganta <i>(Ears/Nose/Mouth/Throat)</i>				Ojos <i>(Eyes)</i>			
Buena salud en general <i>(Good general health)</i>	Sí	No		Pérdida de audición o zumbido <i>(Hearing loss or ringing)</i>	Sí	No		Lleva anteojos/lentes de contacto <i>(Wear glasses/contacts)</i>	Sí	No	
Cambio de peso reciente <i>(Recent weight change)</i>	Sí	No		Problemas con la fistula <i>(Sinus problems)</i>	Sí	No		Vista empanada o doble <i>(Blurred/double vision)</i>	Sí	No	
Sudor por la noche o fiebres <i>(Night sweats, fevers)</i>	Sí	No		Hemorragia nasal <i>(Nose bleeds)</i>	Sí	No		Enfermedad o herida del ojo <i>(Eye disease or injury)</i>	Sí	No	
Fatiga <i>(Fatigue)</i>	Sí	No		Dolor de garganta/Cambio de voz <i>(Sore throat/voice change)</i>	Sí	No					
Cardiovascular				Respiratorio <i>(Respiratory)</i>				Gastrointestinal			
Dolor en el pecho <i>(Chest pain)</i>	Sí	No		Falta de respiración <i>(Shortness of breath)</i>	Sí	No		Náusea/Vómito <i>(Nausea/vomiting)</i>	Sí	No	
Palpitaciones <i>(Palpitations)</i>	Sí	No		Tos <i>(Cough)</i>	Sí	No		Dolor abdominal <i>(Abdominal pain)</i>	Sí	No	
Problemas con el corazón <i>(Heart trouble)</i>	Sí	No		Desgarra sangre <i>(Coughing up blood)</i>	Sí	No		Sangre rectal <i>(Rectal bleeding)</i>	Sí	No	
Hinchazón de manos/pies <i>(Swelling hands/feet)</i>	Sí	No						Problemas con la tripa <i>(Bowel problems)</i>	Sí	No	
Trastornos musculoesqueléticos <i>(Musculoskeletal)</i>				Neurológico <i>(Neurological)</i>				Tegumentario (Piel/Seno) <i>(Integumentary (Skin/Breast))</i>			
Dolor muscular o calambres <i>(Muscle pain or cramps)</i>	Sí	No		Frecuente dolor de cabeza <i>(Frequent headaches)</i>	Sí	No		Cambio en el pelo o las uñas <i>(Change in hair or nails)</i>	Sí	No	
Rigidez o hinchazón de coyunturas <i>(Stiffness/swelling joints)</i>	Sí	No		Parálisis o temblores <i>(Paralysis or tremors)</i>	Sí	No		Erupciones o picazones <i>(Rashes or itching)</i>	Sí	No	
Dolor de coyunturas <i>(Joint pain)</i>	Sí	No		Falta de sensación o hormigueo <i>(Numbness/tingling)</i>	Sí	No		Bola en el seno <i>(Breast lump)</i>	Sí	No	
Dificultad caminando <i>(Trouble walking)</i>	Sí	No						Dolor o secreción del seno <i>(Breast pain or discharge)</i>	Sí	No	
Endocrino <i>(Endocrine)</i>				Hematológico/Linfático <i>(Hematologic/Lymphatic)</i>				Alérgico/Inmunológico <i>(Allergic/Immunologic)</i>			
Sed/orinación excesiva <i>(Excessive thirst/urination)</i>	Sí	No		Hacerse moretones fácilmente <i>(Bruise easily)</i>	Sí	No		Alergias a la comida <i>(Food allergies)</i>	Sí	No	
Problemas hormonales <i>(Hormone problem)</i>	Sí	No		Curarse lentamente <i>(Slow to heal)</i>	Sí	No		Alergias a la aspirina <i>(Aspirin allergies)</i>	Sí	No	
				Glándulas agrandadas <i>(Enlarged glands)</i>	Sí	No		Alergias a los antibióticos <i>(Antibiotic allergies)</i>	Sí	No	
Genitourinario (Solo varones) <i>(Genitourinary (Male Only))</i>				Genitourinario (Solo hembras) <i>(Genitourinary (Female Only))</i>				Psiquiátrico <i>(Psychiatric)</i>			
Sangre en la orina <i>(Blood in urine)</i>	Sí	No		Sangre en la orina <i>(Blood in urine)</i>	Sí	No		Insomnio <i>(Insomnia)</i>	Sí	No	
Piedras del riñón <i>(Kidney stones)</i>	Sí	No		Piedras del riñón <i>(Kidney stones)</i>	Sí	No		Confusión/Pérdida de memoria <i>(Confusion/memory loss)</i>	Sí	No	
Problemas sexuales <i>(Sexual problems)</i>	Sí	No		Problemas sexuales <i>(Sexual problems)</i>	Sí	No		Ansiedad <i>(Anxiety)</i>	Sí	No	
Dolor de testículo <i>(Testicle pain)</i>	Sí	No		Problemas menstruales <i>(Menstrual problems)</i>	Sí	No		Abuso de sustancias controladas <i>(Substance abuse)</i>	Sí	No	

CERTIFICACION POR EL PACIENTE O LA PERSONA ENCARGADA
(CERTIFICATION BY PATIENT OR RESPONSIBLE PARTY)

He repasado la información que acabo de escribir y resumir en esta evaluación del paciente. Juro que toda la información dada es precisa y completa a mi parecer.
(I have reviewed the information which I have submitted and is contained in this Patient Assessment. I certify that all information given is accurate and complete to the best of my knowledge.)

Firma del paciente o de la persona encargada: _____ Fecha: _____
(Patient's or Responsible Party's Signature: (Date))

CERTIFICACION POR EL MEDICO
(CERTIFICATION BY PHYSICIAN)

He repasado la información contenida en esta evaluación con el paciente indicado aquí o con la persona encargada que ha provisto la información por parte del paciente.
(I have reviewed the information contained in this Patient Assessment with the patient named within or Responsible Party who submitted the information on the Patient's behalf.)

Firma del médico: _____ Fecha: _____
(Physician's Signature (Date))

Temp _____ Pulse _____ Reg Irreg. Resp. _____