34474-08

Children's Healthcare of Atlanta
Children's Physician Group - Orthopaedics

MEDICINA DEPORTIVA JOHN ALSOBROOK, MD y JOHN BUCHANAN, DO
SPORTS MEDICINE JOHN ALSOBROOK, MD AND JOHN BUCHANAN, DO

Name_____

Date of Birth_____

MRN#_____

Account/HAR#_____

PATIENT IDENTIFICATION

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Patient Name: Date of Birth:

Fecha de hoy: _____ Miembros de la familia que se atendieron en la oficina: _____ Médico primario (PCP): _____
Today's date: Family members seen in office: PCP:

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? _____ ☐ Médico ☐ Entrenador ☐ Familia ☐ Otro
Who referred you to our office? MD Coach/Trainer Family Other

Nombre de la escuela/asociación atlética: _____ Nombre del entrenador: _____
Name of School/ Athletic Association: Coach's Name:

Problema: (No más de dos problemas por visita)
Problem: (No more than two problems per visit please)

- ¿Cuál es el motivo de su visita? _____ ☐ Izquierda ☐ Derecha ☐ Ambos
  What will we be seeing you for at this visit? Left Right Both
- Fecha de la lesión/¿Desde hace cuánto tiempo tiene este problema? _____ ¿Hubo una lesión específica? ☐ Sí ☐ No
  Date of injury/How long have you had this problem? Was there a specific injury? Yes No
- Describa cómo y dónde ocurrió la lesión o qué inició los síntomas: _____
  Describe how and where the injury occurred or what initiated the symptoms:
  _____
- Describa los síntomas: _____
  Describe your symptoms:
- ¿Ha tenido lesiones u operaciones anteriormente en esta área? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿cuál fue la fecha del tratamiento? _____
  Have you had prior injuries or surgeries to this area? Yes No If so what was the date of treatment?
- ¿No puede dormir por sus síntomas actuales? ☐ Sí ☐ No
  Do your current symptoms keep you awake at night? Yes No
- ¿Qué tan grave es el dolor en una escala de 0 a 10? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
  How severe is your pain on a scale of 0-10?
- ¿Cómo es el dolor? ☐ Agudo (Sharp) ☐ Leve (Dull) ☐ Punzante (Stabbing) ☐ Pulsante (Throbbing) ☐ Penetrante (Aching) ☐ Ardiente (Burning)
  What is the quality of your pain?
- ¿Con qué frecuencia siente dolor? ☐ A veces (Intermittent) ☐ Todo el tiempo (Constant)
  How often does your pain occur?
- ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? ☐ Hinchazón (Sharp) ☐ Entumecimiento (Numbness) ☐ Hormigueo (Tingling) ☐ Debilidad (Weakness) ☐ Enrojecimiento (Redness)
  Do you have any of the following symptoms?
- Desde que comenzó su problema, está: ☐ Mejor (Better) ☐ Peor (Worse) ☐ Igual (Unchanged)
  Since your problem started, is it:
- ¿Qué empeora los síntomas? ☐ Estar de pie (Standing) ☐ Caminar (Waling) ☐ Correr (Running) ☐ Saltar (Jumping) ☐ Levantar algo (Lifting) ☐ Doblar (Bending) ☐ Extender (Extending) ☐ Girarse (Twisting) ☐ Agacharse (Squatting) ☐ Arrodillarse (Kneeling) ☐ Escaleras (Stairs) ☐ Estar sentado (Sitting) ☐ Toser o estornudar (Coughing/Sneezing) ☐ Otro (Other)
  What makes your symptoms worse?
- ¿Qué mejora los síntomas? ☐ Descanso (Rest) ☐ Hielo (Ice) ☐ Calor (Heat) ☐ Compresión/Abrazadera (Compression/Bracing) ☐ Advil/Aleve/Tylenol (Advil/Aleve/Tylenol) ☐ Otro: _____ (Other:)
  What improves your symptoms?

PRINT SAVE AS RESET

34474-08

Name_____

Date of Birth_____

MRN#_____

Account/HAR#_____

PATIENT IDENTIFICATION

Children's Healthcare of Atlanta
Children's Physician Group - Orthopaedics

MEDICINA DEPORTIVA JOHN ALSOBROOK, MD y JOHN BUCHANAN, DO
SPORTS MEDICINE JOHN ALSOBROOK, MD AND JOHN BUCHANAN, DO

- ¿Ha sido tratado por esta lesión por otro médico u hospital? ☐ Sí ☐ No Médico tratante/Sala de urgencias _____
  Have you been treated for this by another physician/hospital? Yes No Treating physician/ER
- Describa el tratamiento: _____
  Describe the treatment:
- ¿Ya le tomaron rayos X? ☐ Sí ☐ No
  Have you already had x-rays? Yes No

Revisión de sistemas: ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? (Marque todos las que correspondan)
Review of Systems: Do you have any of the following? (Check all that apply)

☐ Acidez Heartburn	☐ Náuseas Nausea	☐ Vómitos Vomiting	☐ Dolor de pecho Chest Pain	☐ Palpitaciones Palpitations
☐ Tos crónica Chronic Cough	☐ Hinchazón de las Swelling of Extremities	☐ Mayor debilidad Increased Weakness	☐ Fiebre Fever	☐ Falta de aliento Shortness of Breath
☐ Escalofríos Chills	☐ Erupciones Rashes	☐ Adormecimiento Numbness	☐ Hormigueo Tingling	☐ Dolor radicular Radicular Pain
☐ Trombosis venosa profunda (TVP) DVT	☐ Sangre en la orina Blood in Urine	☐ Piedras en el riñón Kidney Stones	☐ Depresión Depression	☐ Embolia pulmonar Pulmonary Embolus
☐ Trastornos del sueño Sleep Disturbances	☐ Dolor de garganta Sore Throat	☐ Cambios en la audición Hearing Change	☐ Visión borrosa Blurry Vision	☐ Visión doble Double Vision
☐ Problemas hormonales Hormonal Problems	☐ Intolerancia al frío o calor Heat or Cold Intolerance			

Historia médica-quirúrgica: _____
Past Medical/Surgical History:

Medicamentos: _____
Medications:

Alergias y tipos de reacción: _____
Allergies and reaction types:

Antecedentes personales: ☐ Consumo de tabaco tobacco use ☐ Consumo de alcohol alcohol use ☐ Consumo de cafeína caffeine use
Personal History:

Antecedentes familiares:
Past Family History:

Cáncer: Cancer:	☐ No No	☐ Sí Parentesco: _____ Yes Relationship:	Presión arterial alta: Hypertension:	☐ No No	☐ Sí Parentesco: _____ Yes Relationship:
Tuberculosis: Tuberculosis:	☐ No No	☐ Sí Parentesco: _____ Yes Relationship:	Enfermedades del corazón: Heart Disease:	☐ No No	☐ Sí Parentesco: _____ Yes Relationship:
Diabetes: Diabetes:	☐ No No	☐ Sí Parentesco: _____ Yes Relationship:	Artritis: Arthritis:	☐ No No	☐ Sí Parentesco: _____ Yes Relationship:
Otro: Other:	☐ No No	☐ Sí Parentesco: _____ Yes Relationship:			

Firma del paciente, padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Patient/Parent/Guardian Signature: Date: Time:

34474-08

Children's Healthcare of Atlanta
Children's Physician Group - Orthopaedics

MEDICINA DEPORTIVA JOHN ALSOBROOK, MD y JOHN BUCHANAN, DO
SPORTS MEDICINE JOHN ALSOBROOK, MD AND JOHN BUCHANAN, DO

Name_____

Date of Birth_____

MRN#_____

Account/HAR#_____

PATIENT IDENTIFICATION

For in-clinic use only (Para uso de la clínica solamente):

Temp	HR	RR	B/P	Wt (kg)	Ht (cm)	HC	O2 Sat

Pain Score	Pain Scale

Staff Signature: _____ Date:_____ Time:_____