



34474-08

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

HISTORIA DEL PACIENTE MEDICINA DEPORTIVA (DR. WILLIMON)

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

Fecha en que se completó: _____
Date Completed

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

Edad: _____ ¿Qué parte del cuerpo se lesionó? _____
Age What body part is injured?

INFORMACIÓN DEL PEDIÁTRA:

PEDIATRICIAN INFORMATION

Nombre del pediatra: _____ Nombre de la práctica pediátrica: _____

Pediatrician Name Name of Pediatric Practice

Teléfono del pediatra: _____ Dirección del pediatra: _____

Pediatrician Phone Number Pediatrician Address

HISTORIA DE LA LESIÓN

HISTORY OF INJURY

¿Es la lesión CRÓNICA? [] Sí [] No Si responde SÍ, ¿desde hace cuánto tiempo tiene la lesión? _____
Is the injury CHRONIC? Yes No If YES, how long has it been going on for?

¿Es la lesión NUEVA como resultado de una lesión específica? [] Sí [] No Si responde SÍ, fecha de la lesión: _____
Is the injury NEW as a result of a specific injury? Yes No If YES, date of injury

Describe en sus propias palabras cómo se produjo la lesión inicial y cómo limita su nivel actual de actividad física:
Describe in your own words how the initial injury occurred and how it limits your current level of activity

Califique su dolor en una escala del 1 al 10 (10 es el más doloroso) En reposo: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Please rate your pain on a scale of 1 to 10 (10 being the most painful) At rest

En el peor de los casos: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

At worst

Es/está el dolor: [] Empeorando [] Estable mejorando [] Constante [] Ocasional [] Aguado [] Leve
Is the pain: Worsening Stable Improving Constant Occasional Sharp Dull

[] Penetrante [] Punzante [] Pulsante
Aching Stabbing Throbbing

¿Cuáles son sus síntomas? [] Bloqueo [] Tensión [] Desbloqueo [] Astillar [] Rechinamiento/fricción
What symptoms are you experiencing? Locking Catching Giving Way Popping Grinding

[] Hematomas [] Adormecimiento [] Hormigueo [] Otro
Bruising Numbness Tingling Other

¿Qué mejora los síntomas? [] Descanso [] Actividad física [] Terapia de frío [] Terapia de calor
What, if anything, makes your symptoms better? Rest Activity Cold Therapy Heat Therapy

[] Medicamento [] Otro
Medication Other

¿Qué empeora los síntomas? [] Inactividad [] Ejercicio (explique)
What, if anything, makes your symptoms worse? Inactivity Exercise (explain)

[] Otro
Other

¿Ha visto otro médico por esta lesión? [] Sí [] No Si responde SÍ, nombre: _____
Have you seen another physician for this injury? Yes No If YES, who

¿Qué tratamientos ha intentado? [] Ninguno [] Terapia física [] Disminución de actividad [] Corsé ortopédico de la espalda
What treatments have you tried? Nothing Physical Therapy Decreased Activity Bracing

[] Inyecciones [] Hielo [] Ejercicio [] Medicamentos
Injections Ice Exercise Medications



34474-08

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

**HISTORIA DEL PACIENTE MEDICINA
DEPORTIVA (DR. WILLIMON)**

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

Actividades recreativas:

Recreational Activities

Programa de ejercicio regular actual (si practica alguno):

Current, regular exercise program (if any)

¿Le han hecho alguna de las siguientes pruebas o estudios?

Have you had any of the following test/studies?

Prueba / Test	Fecha (mes/año) / Date (month/year)	¿Dónde? (clínica/hospital) / What facility? (clinic/hospital)
<input type="checkbox"/> Rayos x / X-Ray		
<input type="checkbox"/> Imágenes de resonancia magnética MRI Scan		
<input type="checkbox"/> Tomografía (CT Scan) / CT Scan		
<input type="checkbox"/> Electromiografía/velocidad de conducción nerviosa (EMG/NCV) / EMG/NCV		
<input type="checkbox"/> Pruebas de sangre / Blood Tests		
<input type="checkbox"/> Otro / Other		

Fecha en que se completó: _____

Date Completed

HISTORIA MÉDICA**PAST MEDICAL HISTORY**

Marque si en la actualidad padece o ha padecido de:

Check if you currently suffer or have previously suffered from:

¿Cuándo? / When?

- | | | | |
|--|-------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta
High Blood Pressure | _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones
Seizures | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda
Deep Vein Thrombosis | _____ | <input type="checkbox"/> Asma
Asthma | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reciente
Recent fever | _____ | <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper
Thyroid Hypo Hyper | _____ |
| <input type="checkbox"/> Eccema
Eczema | _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis
Tuberculosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (¿dónde?)
Cancer (where?) | _____ | <input type="checkbox"/> Lesiones cerebrales
Concussions | _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto
Elevated Cholesterol | _____ | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones/Fracturas
Joint Pain/Fractures | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de úlcera
Ulcer Disease | _____ | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho
Chest Pain | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastritis
Gastritis | _____ | <input type="checkbox"/> Latidos del corazón irregulares
Irregular Heart Beat | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE)
Reflux Disease (GERD) | _____ | <input type="checkbox"/> Pérdida o aumento de peso
Weight Loss/Gain | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas del riñón/vejiga/orina
Kidney/Bladder/Urinary Problems | _____ | <input type="checkbox"/> Vómitos/estreñimiento
Vomiting/Constipation | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro
Other | _____ | | |



34474-08

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

**HISTORIA DEL PACIENTE MEDICINA
DEPORTIVA (DR. WILLIMON)**

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

HISTORIA QUIRÚRGICA

PAST SURGICAL HISTORY

Escriba todas las operaciones que ha tenido:

Please list all surgeries you have had in the past:

<u>Tipo de operación</u> Type of Surgery	<u>Fecha</u> Date	<u>Cirujano</u> Surgeon

ALERGIAS

ALLERGIES

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Sí No, alergias a medicamentos no conocidas

Are you allergic to any medication? Yes No known drug allergies

Si la respuesta es sí, enumere todos los medicamentos a los que es alérgico y la reacción correspondiente (por ej. penicilina - urticaria, etc.):

If yes, list all medication that you are allergic to and the associated reaction (i.e. Penicillin (hives) etc.):

Es alérgico a: ¿Sulfas? Sí No ¿Látex? Yes No

Are you allergic to: Sulfa? Yes No Latex? Yes No

Enumere todas las alergias a alimentos:

Please list all food allergies:

MEDICAMENTOS

MEDICATIONS

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente. Incluya los medicamentos sin receta, vitaminas, minerales y suplementos de hierbas.

Please list all medication that you are currently taking. Include any over the counter medications, vitamin, mineral and herb supplements.

<u>Medicamento</u> Medication	<u>Dosis</u> Dosage	<u>Frecuencia</u> Frequency

HISTORIA SOCIAL

SOCIAL HISTORY

El paciente vive con: Padre Madre Otro Adoptado: Sí No

Patient lives with: Father Mother Other Adopted: Yes No

Grado en la escuela: _____ Núm. de hermanos: _____ Núm. de hermanas: _____

Grade in school: # of Brothers: # of Sisters:

Si tiene más de 14 años: ¿Consume alcohol? Sí No ¿Consumo tabaco? Sí No

If over 14: Do you use alcohol? Yes No Do you use tobacco? Yes No

Historia menstrual (niñas mayores de 10 años)**Menstrual History (females over 10)**¿Ya comenzó a menstruar? Sí No Si la respuesta es sí, ¿a qué edad? _____

Have you started menstruations? Yes No If yes, what age?

¿Es posible que esté embarazada? Sí No

Is there a possibility that you might be pregnant? Yes No



34474-08

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

HISTORIA DEL PACIENTE MEDICINA DEPORTIVA (DR. WILLIMON)

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

Fecha en que se completó: _____
Date Completed

HISTORIA FAMILIAR
FAMILY HISTORY

Marque todas las afecciones que correspondan a su familia inmediata y extendida:
Please check all that apply to your extended and immediate family history conditions:

- Coágulos de sangre [] Blood Clots
Diabetes [] Diabetes
Presión arterial alta [] Hypertension
Artritis reumatoide [] Rheumatoid Arthritis
Problemas con anestesia [] Anesthetic Problems
Cáncer [] Cancer
Enfermedades del corazón [] Heart disease
Osteoporosis o artritis [] Osteoporosis/Arthritis
Derrame cerebral [] Stroke
Tumores benignos en los huesos [] Benign Bone Tumors
Enfermedades neurológicas [] Neurologic Disease
Escoliosis [] Scoliosis
Cáncer de hueso [] Bone Cancer
Displasia de la cadera [] Hip Dysplasia
Convulsiones [] Seizures
Muerte súbita [] Sudden Death
Síndrome de Marfan [] Marfan's Syndrome
Síndrome de QT largo [] Long QT Syndrome
Otro [] Other

REVISIÓN DE SÍNTOMAS
REVIEW OF SYMPTOMS

- 1. GENERAL GENERAL: Ninguno [], Aumento de peso [], Pérdida de peso [], Escalofríos []
2. OJOS EYES: Ninguno [], Vista borrosa [], Anteojos [], Lentes de contacto []
3. OÍDOS, NARIZ, GARGANTA EARS, NOSE, THROAT: Ninguno [], Sangrado de nariz [], Dolor/infección de oído [], Ronquera []
4. CARDIOVASCULAR: Ninguno [], Dolor de pecho [], Hinchazón en las piernas [], Palpitaciones []
5. RESPIRATORIO: Ninguno [], Sibilancias/Asma [], Tos frecuente []
6. GASTROINTESTINAL: Ninguno [], Acidez [], Vómitos [], Náuseas []
7. MUSCULOESQUELÉTICO: Ninguno [], Rigidez [], Dolores musculares [], Inestabilidad []



34474-08

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

**HISTORIA DEL PACIENTE MEDICINA
DEPORTIVA (DR. WILLIMON)**

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

8. PIEL
SKIN

- Ninguno Erupciones Picazón Enrojecimiento
- None Rash Itching Redness
- Cicatrices queloides Psoriasis Otro _____
- Keloid Scars Psoriasis Other

9. NEUROLÓGICO
NEUROLOGICAL

- Ninguno Dolores de cabeza Adormecimiento/hormigueo Desmayos
- None Headaches Numbness/Tingling Fainting spells
- Pérdida de sensibilidad en cualquier parte del cuerpo Mareo Equilibrio deficiente
- Loss of sensation in any part of body Dizziness Poor balance
- Convulsiones Otro _____
- Seizures Other

10. PSIQUIÁTRICO
PSYCHIATRIC

- Ninguno Depresión Nerviosismo Ansiedad
- None Depression Nervousness Anxiety
- Otro _____
- Other

11. ENDOCRINO
ENDOCRINE

- Ninguno Sed/hambre excesiva Intolerancia al calor/frío Sofocos
- None Excessive thirst/hunger Hot/cold intolerance Hot Flashes
- Otro _____
- Other

12. HEMATOLÓGICO
HEMATOLOGICAL

- Ninguno Le salen hematomas con facilidad Sangra con facilidad Venas varicosas
- None Easy bruises Easy Bleeding Varicose Veins
- Coágulos de sangre Otro _____
- Blood clots Other

Nombre del paciente (en letra de molde): _____
Name of Patient; (print)

Firma (persona responsable si es menor de 18 años): _____ Fecha: _____ Hora: _____
Signature (responsible party if under 18) Date Time

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: _____