



MSK/SPORTS MEDICINE HEALTH HISTORY (HISTORIA DE SALUD DE MEDICINA DEPORTIVA)

First Name (Nombre): _____		Last Name (Apellido): _____		NOTE: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. <i>(Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)</i>	
Today's Date: (Fecha de hoy) _____					
Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____	Age (Edad): _____	Preferred Language (Idioma Preferido): _____	Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad): _____	<input type="checkbox"/> Adopted or History Unknown (Adoptado o historia desconocida)	
Primary Care Doctor/Provider (Médico de atención primaria): _____			Referring Physician (Médico que lo refirió): <input type="checkbox"/> Same as Primary Doctor (Igual que el Médico de atención primaria)		
Employer: (Empleador) _____	Is this a work related injury? (¿Es esta una lesión relacionada con el trabajo?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No		If yes, date of injury: (En caso afirmativo, fecha de la lesión) _____		
Are you allergic to any medications? (¿Es usted alérgico a algún medicamento?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No		If yes, please list and state reaction (En caso afirmativo, por favor indique y explique qué reacción tuvo): _____			
Do you have ANY other known allergies, including metals/nickel? (¿Tiene CUALQUIER otro tipo de alergia, incluyendo metales/níquel?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No		If yes, please list and state reaction: (En caso afirmativo, por favor indique y explique qué reacción tuvo) _____			

Physician's Notes: pn rad n/t pn@rest SHLDR Palp: AC bic clav SC ROM: Flx AB IR Str: FC:L R IR:L R belly ER:L R Spc: N H O C S A	KNEE Swell Lock Give ROM: L R Eff MJL LJL Pat Comp App Tend MCL LCL Lach Mcm Thes	<u>Diff Dx:</u> 	<u>Actions:</u>
---	--	---	---

If you completed your Established New Orthopedic Problem Questionnaire in MyChart, answer only the questions in the gray box.

HISTORY of CHIEF COMPLAINT (HISTORIA de la QUEJA PRINCIPAL)

1. **What body part are you seeing the doctor for today?** Right (Derecho) Left (Izquierdo) **Body Part?**
(¿Qué parte de su cuerpo el médico está viendo hoy?) (¿parte del cuerpo?) _____
2. **When did you first notice it?** (approx how many days/weeks/months/years ago)
(¿Cuándo fué la primera vez que lo notó? - aprox hace cuantos/dias/meses/semanas/años) _____
3. **Have you had previous major injury or surgery in this area?** Yes (Sí) No **If yes, when?** (¿Cuándo?) _____
(¿Ha tenido una lesión previa o cirugía importante en esta área?)
4. **Have you had similar problems before?** (¿Ha tenido problemas similares antes?) Yes (Sí) No
5. **Was this caused by an injury or singular event?** Yes (Sí) No Not that I remember (No que yo recuerde)
(¿Fue esta causada por una lesión o evento singular?)
6. **What causes symptoms to worsen?** (ex. activity, rest, night-time)
(¿Qué causa los síntomas que empeoren? (ej. la actividad, el descanso nocturno) _____
7. **What causes symptoms to improve?**
(¿Qué causa los síntomas que mejoren? _____
8. **Are you:** Left Handed (Zurdo) Right Handed (Diestro)
9. **What remedies have you tried?** Formal Therapy (Terapia) Injection (Inyección) Brace (muñequera/rodillera) Ice (hielo) Heat (calor) Medicine (medicamento)
(¿Qué remedios ha intentado?)
10. **What is your occupation?** (¿Cuál es su ocupación?) _____

Does it involve (check all applicable):
(¿Implica alguno de los siguientes? (seleccione todos los que apliquen)) heavy lifting (levantar cosas pesadas) lots of walking (mucho caminar)
 desk type job (trabajo de escritorio)
11. **List any sports or hobbies you are hindered from doing because of this.**
(Lista algún deporte o hobby que no pueda hacer debido a esto) _____

Current height (Estatura): _____	Current weight (Peso): _____	
Preferred Pharmacy (Farmacia de su preferencia): _____		
Pharmacy address & phone # (Farmacia – dirección y número de teléfono): _____		
List ALL medications you currently take. Specify each one below or provide a separate list. (Enumere todos los medicamentos que toma actualmente. Especifique cada uno abajo o proporcione una lista separada.)		
1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____

Continue to Next Page
(continuar a la página siguiente)

REVIEW OF SYSTEMS (REVISIÓN DE SISTEMAS)

Condition (Condición)	Yes (Sí)	No	Condition (Condición)	Yes (Sí)	No	Condition (Condición)	Yes (Sí)	No
Fever (Fiebre)			Joint swelling (Inflamación de las articulaciones)			Dry mouth (Sequedad en la boca)		
Unusual weight loss (Pérdida de peso inusual)			Rash (Salpullido)			Heartburn or ulcers (Acidez estomacal o úlceras)		
Weight gain (Aumento de peso)			Skin infections (Infecciones de la piel)			Diarrhea (Diarrea)		
Fatigue (Fatiga)			Vision loss (Pérdida de visión)			Constipation (Estreñimiento)		
Depression (Depresión)			Blurring of vision (Visión borrosa)			Urinary Infections (Infecciones urinarias)		
Sleep disturbances (Trastornos del sueño)			Dry eyes (Resequedad en los ojos)			Recurrent urinary infection (Infección urinaria recurrente)		
Joint pain (Dolor de las articulaciones)			Hearing loss (La pérdida de audición)			Decreased Strength (Disminución de su fuerza)		
Bruising (Hematomas)			Decreased range of motion (Disminución del rango de movimiento)			Chest Pain (Dolor de pecho)		
Drainage (Drenaje)			Numbness of Extremities (Entumecimiento de las extremidades)			Cough (Tos)		
Leg Swelling (Hinchazón de las piernas)			Shortness of Breath (Dificultad para respirar)			Temperature change in the extremity (Cambio de temperatura en la extremidad)		
Pain (Dolor)								

FAMILY LIVING AT HOME (VIDA DE FAMILIA EN CASA)

Spouse or Partner? (Esposo(a) o pareja): Yes (Sí) No

Children or dependents (Niños o dependientes): _____

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Diabetes mellitus (Diabetes mellitus)			Hypertension – high blood pressure (Alta presión arterial)			Gout (Gota)		
Glaucoma (Glaucoma)			Coronary artery disease (Enfermedad de la arteria coronaria)			Arthritis (Artritis)		
GI Bleeding/Ulcers (Hemorragia gastrointestinal/Úlceras)			Pacemaker (Marcapasos)			Rheumatoid arthritis (La artritis reumatoide)		
Diverticulitis (Diverticulitis)			Stroke (Derrame cerebral)			Anxiety/Depression (Ansiedad/Depresión)		
Anemia (Anemia)			Bleeding problems (Problemas de sangrado)			Kidney disease (Enfermedad del riñón)		
HIV/AIDS (VIH/SIDA)			Clotting disorder (Trastorno de coagulación)			Dialysis/Kidney failure (Diálisis/La insuficiencia renal)		
Asthma (Asma)			Blood thinners (Anticoagulantes)			Hepatitis (Hepatitis)		
Emphysema (Enfisema)			Varicosities/Phlebitis (Varices/Flebitis)			Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)		
Seizures (Convulsiones)			Hormone problems (Problemas hormonales)					
Cancer (Cáncer)			If yes, what type of cancer and where? (En caso afirmativo, qué tipo de cáncer y dónde?)					

Other medical history (Otro historial medico): _____

SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICA)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Hip surgery (Cirugía de cadera)			Bunionectomy (Bunionectomía)			Breast Surgery (Cirugía de mama)		
Knee surgery (Cirugía de la rodilla)			Carpal tunnel release (La liberación del túnel carpiano)			Oophorectomy/Ovariectomy (Ooforectomía/Ovariectomía)		
Shoulder surgery (Cirugía del hombro)			Appendectomy (Apendectomía)			Hysterectomy (Histerectomía)		
Rotator cuff tear (Desgarro del manguito rotador)			Tonsillectomy (Amigdalectomía)			Gynecologic cryosurgery (Ginecológica criocirugía)		
Back surgery (Cirugía de la espalda)			Vein surgery (Cirugía de las vena)			Prostate surgery (Cirugía de la próstata)		
Fracture Surgery (Cirugía de fractura)			Heart surgery (Cirugía de corazón)			Hernia repair (Reparación de una hernia)		
Amputation (Amputación)			Pacemaker (Marcapasos)			Cholecystectomy/Gallbladder removal (Colecistectomía-extirpación de la vesícula)		
Cancer Surgery (Cirugía del cáncer)			Other surgical history (Otro historial de cirugía): _____					

Continue to Next Page
(continuar a la página siguiente)

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

<input type="checkbox"/> Adopted or history unknown (Adoptado/a Adoptado o historia desconocida)	Heart failure (Insuficiencia cardiaca)	Cancer (Cáncer)	Arthritis (Artritis)	Rheumatoid arthritis (La artritis reumatoide)	Lupus (Lupus)	Gout (Gota)	Diabetes (Diabetes)	Congenital Disease (Enfermedad congénita)	Muscle disease (Enfermedad muscular)	Blood clots (Coágulos de sangre)	Bleeding Disorder (Trastorno de la coagulación)	Died at Age: (Murió a la edad)						
	Relationship (Relación)																	
Mother (Madre)																		
Age of onset (La edad de inicio):																		
Father (Padre)																		
Age of onset (La edad de inicio):																		
Details (Detalles):																		

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

Tobacco Use (Uso del Tabaco): **Yes** (Si) **No** **Packs per day** (Cajetillas por día): .25 .5 1 1.5 2 3 _____

Years of use (Años de uso): .5 1 2 3 4 5 10 15 _____ **Quit date** (mm/dd/yyyy): _____
 (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Smokeless Tobacco (Tabaco sin humo/de mascar): **Yes** (Si) **No** **Quit date** (mm/dd/yyyy): _____
 (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Ready to Quit (Listo para dejar de usar el tabaco) **Yes** (Si) **No**

Comment (Comentario): _____

Alcohol Use (Uso de Alcohol): **Yes** (Si) **No** **Comment** (Comentario): _____

Drinks/Week: _____ glasses of wine (copas de vino) (Bebidas/Semana) _____ cans of beer (latas/botes de cerveza) _____ shots of liquor (tragos de licor) _____ drinks containing 0.5 oz of alcohol (bebidas con un contenido de 0.5 onzas de alcohol)	Alcohol/Week (Alcohol/Semana): _____
--	---