Joseph P. Spott D.O.
Orthopedic Spine Surgery

9430 Wicker Ave
St. John, IN 46373
219-558-8068

2020 E. Columbus Drive.
Suite B.
East Chicago, IN 46312
219-397-8648

INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE COMPLETO:_____ **ESTADO CIVIL** _____

DOMICILIO:_____

SEXO_____ **FECHA DE NACIMIENTO**_____

 # de TELEFONO_____**CELULAR**_____**TRABAJO**_____

LUGAR DE EMPLEO/ESCUELA _____ **GRADO**_____

SEGURO SOCIAL _____ **ES PRIMERA VEZ QUE NOS**

VISITA? SI NO

QUIEN LO RECOMENDO _____ **CORREO ELECTRONICO** _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

A nombre de _____ **Fecha de Nacimiento de Responsable** _____

Nombre de seguro _____ **Seguro Social de Responsable** _____

Dirección _____ **# De Identificación/Grupo** _____

_____ **Telefono** _____

PORFAVOR ENTREGE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA PARA QUE SE LE SAQUE COPIA

A QUIEN PODEMOS AVISAR (*FUERA DE LA FAMILIA INMEDIATA*) EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ **Teléfono**_____ **Otro Tele**_____

ASIGNAMIENTO A LOS BENEFICIOS DE EL SEGURO

Yo, el asignado a este seguro, certifico que yo (o mi depende) tengo seguro medico con la compania ya puesta arriba y asigno directamente a Joseph P. Spott D.O. todos los beneficios de mi seguro medico, si hay alguno, de lo contrario debo pagar mi consulta yo mismo. Yo autorizo al Dr. para que de información a quien se nesecite para pagar los beneficios. Doy autorización para uso de mi firma para las transacciones del seguro.

X _____ **Fecba** _____

Superior Orthopedics

Joseph P. Spott D.O.

9430 Wicker Ave
St. John, IN 46373
St. John, IN 46373
219-558-8068

2020 E. Columbus Drive.
Suite B.
East Chicago, IN 46312
219-397-8648

Información Confidencial

Fecha del examen:_____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de paciente (por favor impresión) _____

Medico Referido:_____ Medico de Cabecera:_____

Estatura:_____ Peso actual:_____ Peso hace un año: _____

¿Qué problema de salud le trajo aquí hoy? _____

HISTORIAL MÉDICO

Enfermedad cardiaca No Sí Hipertensión No Sí Ataque al corazón No Si
Cáncer No Sí Tipo: Tratamiento
Diabetes No Sí Controlado con: insulina Medicación oral la dieta controló
Transmisible No Sí Historia de TB Exposición reciente de TB Prueba positiva de la piel de TB
Enfermedades Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C Positivo del VIH
SIDA Otro

CIRUGÍA ¿Usted ha tenido cirugía? Por favor ponga el tipo de la operación y el año

1._____ 2._____

3._____ 4. _____

Problemas con anestesia Sí No Parálisis prolongada Problemas al despertar Hipertermia mala

Enfermedades Mayores Por favor ponga las hospitalizaciones importantes en la lista para los problemas médicos que usted ha tenido (diagnosis y el año)

1._____ 2._____

3._____ 4._____

Medicamentos:
Por favor ponga los nombres de medicamentos incluyendo medicamentos sin receta y para bajar de peso con la dosis y frecuencia.

1. _____ 2._____

3._____ 4. _____

5._____ 6._____

ALERGIAS ¿Usted tiene una alergia del látex? Sí No
Enumere por favor cualquier alergia que usted tenga y qué reacción usted tenga.

1. _____ 2._____

3._____ 4._____

5._____ 6. _____

¿Le requiere tomar los antibióticos antes de la cirugía o de trabajo dental? No Sí

REVISIÓN MÉDICA

¿Usted ha tenido o usted ahora tiene algo de lo siguiente?
Salud general No Fatiga inexplicada de la pérdida del peso de la fiebre reciente enfermedad frecuente

Problemas del ojo No Contactos de los cristales Ceguera Cataratas Glaucoma Ojo prostético Dificultad de la visión

Garganta/nariz/oídos Ninguna pérdida de oído Sordo Audífonos Infecciones frecuentes del sino Tragar problemas

Cardiovascular No Angina Latido del corazón irregular Ataque del corazón Murmullos del corazón Fiebre reumática Paro cardíaco Tensión arterial alta Tensión arterial baja Reemplazo de la válvula de los marcapasos de la cirugía del corazón de la obstrucción del vaso sanguíneo Dispositivo implantable de Defib

Respiratorio No Enfisema COPD Asma Sueño Apnea Falta de respiración

TB

Fecha de la radiografía del pecho pasada: Otro:

Intestinal No Úlceras Hemorroides Otomí Hernia Fatal Cirrosis Ictericia amarilla Cálculo biliar Otro

Urinario No Falta renal Diálisis Ampliación de la próstata Infección de la zona urinaria El riñón empiedra infecciones de la próstata Otro:

Músculo esquelético No Huesos quebrados: (si tan qué)
Movimiento trasero limitado del reemplazo común Movimiento limitado del cuello Disminución de la disminución del tamaño del músculo de la fuerza muscular Otro:

Tiene usted tenía: ¿Lesión del cuello? Sí No
¿Lesión dorsal? Si No

Piel Topos que cambian Lesiones de piel Terrón del pecho Otro:
Neurológico No Epilepsia Movimiento TIA Jaquecas Dificultades del discurso Mudo Parkinson

Alzheimer Esclerosis múltiple Lesión en la cabeza Otro:
Psiquiátrico No Interrupción nerviosa Depresión Esquizofrenia Depresión Manía Otro:
Endocrina No Hipotiroideo Hyperthyroid Menstrual Irregularidad Otro:
Hematológica No Nodos de linfa hinchados Anemia Pérdida de la sangre Transfusión Leucemia Linfático

Hay otro problema médico que debamos estar enterados: Sí No Si sí, explique por favor

---

ANTECEDENTES FAMILIARES : Circule por favor el siguiente: uno de los que estén presentes en cualquier miembro de la familia
Cáncer Diabetes Epilepsia Apuro del corazón Movimiento Tensión arterial alta Enfermedad muscular
Enfermedad del tejido fino conectivo Enfermedad mental Tuberculosis

Termine por favor el siguiente:

	Edad	Estado de la salud si vive	Edad en la muerte	Enfermedades actuales o causa de la muerte
Padre		Bueno Justo Pobre		
Madre		Bueno Justo Pobre		
Hermanos y hermanas Número vivo del número muerto				

Uso del tabaco

¿Usted fuma? Sí No ¿Usted fumó siempre? Sí no ¿Si sí, cuándo usted paró?
¿Cuántos años tienen/ usted fumaron? ¿Cuántos paquetes por día?

¿Usted utiliza la masticación del tabaco? Sí No

Uso del alcohol

¿Usted, toma alcohol regularmente? Sí No ¿Si sí, cuánto?

¿Le han tratado para el alcoholismo? Sí no ¿Si sí, cuando?

¿Usted, utiliza las drogas ilícitas regularmente? Sí No ¿Si sí, cuánto?
¿Le han tratado para el apego de droga? Sí No ¿Si sí, cuando?

Inmunizaciones: (Inmunización y fecha del círculo recibidas):

Tiro de la gripe Pneumovac Tétanos Hepatitis

Poliomielitis Fecha de la prueba pasada de TB

Para las hembras:

¿Cuándo fue su último período menstrual? ¿Esta usted embarazado o podría usted estar embarazado? Sí No ¿Son sus períodos regulares? Sí No ¿Histerectomía? Sí No

¿Usted ha utilizado siempre píldoras del control de la natalidad? Sí No ¿Si sí, cuando y para cuánto tiempo?

Para los varones:

Problemas de la erección sí No Impotencia sí No

HISTORIA SOCIAL:

Vivo actualmente: en una casa departamento hogar móvil centro de retirados otro

¿Nivel de la educación: Primaria secundaria Universidad

Historial de trabajo:

Nombre de Lugar donde Trabaja: Título del trabajo:

¿Si usted actualmente no esta trabajando como resultado de este problema? Sí No ¿Cuanto tiempo ha estado sin trabajo?

Si es apropiado, circule por favor el nivel del trabajo que su trabajo normal implica:
Demandas físicas SEDENTARIO LIVIANO MEDIO MEDIO PESADO PESADO

nivel del trabajo:
Ocasional 0-33% 10 libras. 20 libras. 50 libras. 75 libras 100 libras. sobre 100 libras de frecuente 34-66% 0 10 libras 20 libras

35 libras 50 libras sobre 50 libras de constante 67-100% 0
0 10 libras 15 libras 20 libras sobre 20 libras. Trabajo de la oficina
¿La razón que usted nos vista es debido a lesión relacionada trabajo? No Sí
¿Si le están viendo hoy para lesión hay un pleito implicado? No Sí Posible

Trabajos anteriores del empleo | Tipo de trabajo | Longitud

GRAVEDAD DEL DOLOR: (si fuera aplicable)
Localización y descripción:
¿Qué Releva su dolor? ¿Lo empeora?
Circule por favor el número que refleja su nivel actual del dolor en descanso.
Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor peor
Circule por favor el número que refleja su nivel actual del dolor mientras que realiza sus actividades normales.
Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor peor
Circule por favor el número que refleja su nivel actual del dolor mientras que realiza su trabajo.
Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor peor

Esta información es proporcionada por: _____

Relación hacia el paciente: _____

Fecha:_____