

**Advanced Neurosurgery**

2000 S Mays Street Suite 201 Round Rock, TX 78664-7580

(512) 244-4272 Fax: (512) 469-5466

**NUEVO DEL PACIENTE  
NEUROCIRUGÍA**

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Queja principal (motivo de la visita): \_\_\_\_\_

¿Dónde está la ubicación exacta de su dolor hoy? \_\_\_\_\_

¿Qué estabas haciendo cuando empezó el dolor? \_\_\_\_\_

¿Cuándo tuviste este dolor por primera vez? \_\_\_\_\_

**Describe tu dolor**    Dolorido    Ardor    Apuñalante    Agudo    Eléctrico    Punzante    Acalambrado

Palpitante    Aplastante    Otro \_\_\_\_\_

¿El dolor es constante?    Si |  No      ¿Cuánto tiempo dura el dolor? \_\_\_\_\_

¿Cuándo es peor tu dolor?    Mañana       Medio día       Tarde       Noche

¿Cuál de los siguientes empeora su dolor? (Marque todo lo que corresponda)

Usando su brazo o mano    Alcanzando por encima de tu cabeza    Inclinar la cabeza hacia adelante o hacia atrás    Sentado/a

Tos/estornudos/esfuerzo       Acostada       En pie       caminando       Bending       Twisting

Otro \_\_\_\_\_

¿Cuál de los siguientes alivia su dolor? (Marque todo lo que corresponda)

Sentado/a    En pie    Caminando    Acostado/a    Medicación    Calor / Frio    Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas urinarios y/o intestinales relacionados con el dolor?    Si |  No

Si sí, explique \_\_\_\_\_

Farmacia preferida:    Advanced Rx    Otro \_\_\_\_\_

\*\* Advanced Rx recogida o correo al día siguiente disponible (envío y manejo incluidos).\*\*

Patient Name:

Date of Birth:

¿Qué has hecho por el dolor? (Marque todo lo que corresponda)

Medicación  Acupuntura  Terapia física  Quiropráctico  Yoga  Inyecciones  Otro \_\_\_\_\_

Tipo de imagen	Parte del cuerpo	Nombre de la instalación

**Historial médico**

Nombre de la medicación	Dosis	¿Con qué frecuencia lo toma?	¿Para qué sirve?	¿Quién lo prescribe?

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento/fármaco? Por favor apunte: \_\_\_\_\_

**Past Medical History**

Alguna vez ha sido hospitalizado?  Si  No Describe: \_\_\_\_\_

Indique si ha tenido un problema médico o una cirugía relacionada con cada uno de los siguientes. Marque la opción adecuada cuando se enumeren varias opciones. Para cirugías, indique el año aproximado y describa el problema y el tipo de cirugía.

	Diagnósticos	Cirugía	Año	Describe
Ojos (cataratas, glaucoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Oídos, nariz, senos nasales, amígdalas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Endocrino (tiroides, paratiroides, diabetes, pituitaria, suprarrenales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cardiovascular (angina, cirugía de derivación, angioplastia, stent, coágulos de sangre, ritmo cardíaco anormal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pulmones (asma, tuberculosis, neumonía, radiografía de tórax anormal, enfisema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Esófago o estómago (úlceras, ERGE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Gastrointestinal (crecimiento eliminado, intestino intestinal, apéndice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hígado, vesícula biliar (incluida la hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Riñones o vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Huesos, articulaciones o músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Patient Name:

Date of Birth:

Espalda, cuello o columna vertebral

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cerebro (accidente cerebrovascular, AIT, tumor, trauma)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Piel

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pechos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mujeres: útero, trompas, ovarios

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hombres: próstata, pene, testículos, vasectomía

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Historia social

¿Algún consumo de tabaco?  Si |  No Paquetes por día \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ años.

¿Algún consumo de alcohol?  Si |  No Bebidas por día \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ años.

¿Algún uso de drogas recreativas?  Si |  No Drogas utilizadas \_\_\_\_\_

¿Alguna dieta especial?  Sin lactosa  Libre de cafeína  Diabético/a  Vegetariano/a  Vegano/a  Otro \_\_\_\_\_

Estado civil?  soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Estas trabajando?  Si |  No

Si no: ¿Quién te sacó del trabajo?? \_\_\_\_\_ Si si: ¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

¿Cuándo dejó de trabajar (si corresponde)? \_\_\_\_\_

### Historial familiar

Padre: Vivo (edad \_\_\_\_\_) Fallecido (edad \_\_\_\_\_) Desconocido Causa de la muerte: \_\_\_\_\_

Madre: Viva (edad \_\_\_\_\_) Fallecida (edad \_\_\_\_\_) Desconocido Causa de la muerte: \_\_\_\_\_

**Enfermedad/condición**

**Miembro de la familia**

**Describe**

Cáncer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermedad del corazón

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diabetes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Accidente cerebrovascular/  
AIT

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alta presión sanguínea

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Información Adicional

\_\_\_\_\_

Patient's Name:

Date of Birth:

**Revisión de sistemas**

<b>GENERAL</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>Gastrointestinal</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>Ojos, Nariz, Garganta</b>	<b>S</b>	<b>N</b>
Disminucion del Apetito			Náusea/Vómito			Campo de Visión Ciego		
Pérdida de Peso Inesperada			Dolor Abdominal			Cataratas		
Aumento de Peso Inesperado			Hábitos Intestinales Irregulares			Pérdida De Audición/Zumbido		
Fatiga			Pérdida de Control Intestinal			Dolor de Garganta/Ronquera		
Fiebre o Escalofríos			Ictericia			Otro		
Otro			Cálculos Biliares			<b>Musculoesquelético</b>	<b>S</b>	<b>N</b>
<b>Neuro</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	Hepatitis			Dolor en Las Articulaciones/Artritis		
Dolor de Cabeza			Cirrosis			Dolor de Espalda		
Derrame Cerebral			Líquido en el Abdomen			Dolor de Cuello		
Convulsiones			Pancreatitis			Dolor Muscular		
Otro			Otro			Otro		
<b>Renal/Urinaría</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>Cardiovascular</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>Psicológico</b>	<b>S</b>	<b>N</b>
Insuficiencia Renal			Dolor de Pecho			Abuso de Drogas/Adiccion		
Alteraciones Electrolíticas			Enfermedad de la Arteria Coronaria			Depresión		
Cálculos Renales			Alta Presión Sanguínea			Ansiedad		
Dificultad Para Orinar			Hinchazón en Los Pies			Intento de Suicidio		
Infección del Tracto Urinario			Dolores de Cabeza Anormales			Otro		
Cancer de Prostata			Otro					
Otro			<b>Sangre/Linfa</b>	<b>S</b>	<b>N</b>			
<b>Respiratorio</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	Anemia					
Apnea del Sueño			VIH					
Complicaciones con Sedación			Moretones Fácilmente					
Bronquitis Crónica			Transfusión de Sangre Pasada					
Dificultad para Respirar			Ganglios linfáticos Inflamados					
Tos Persistente			Cáncer					
Asma			Otro					
Otro			<b>Endocrino</b>	<b>S</b>	<b>N</b>			
<b>Piel</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	Diabetes					
Erupción			Problemas Tiroideos					
Comezón			Osteoporosis					
Cabello Inusual			Otro					

Patient's Name:

Date of Birth:

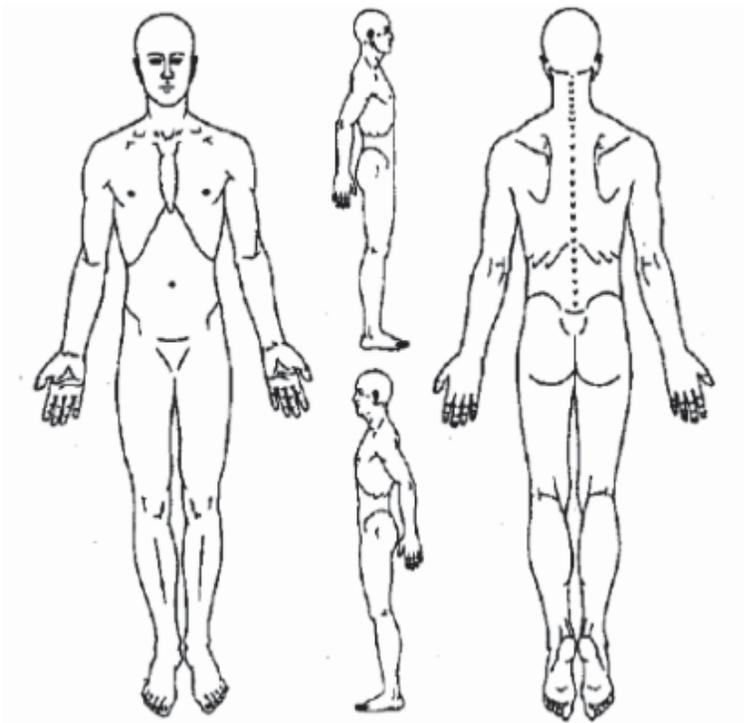
Nivel de dolor actual:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Diagrama de dolor**

Marque el área de la lesión o malestar en el cuadro a continuación, usando los símbolos apropiados:

Entumecimiento	Alfileres y agujas	Ardor	Apuñalante	Apuñalante
-----	00000	^^^	XXXX	⊗⊗⊗
-----	00000	^^^	XXXX	⊗⊗⊗
-----	00000	^^^	XXXX	⊗⊗⊗



Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Iniciales del empleado: \_\_\_\_\_ Iniciales del proveedor \_\_\_\_\_