

JEFFREY E. BUDOFF, MD

(Nombre) *(Fecha de hoy)*
Patient Name _____ Today's Date _____

(Edad) *(Fecha de Nacimiento)*
Age _____ Birthdate _____ Sex: M F

(Mano Dominante) Derecha / Izquierda (Brazo Lastimado) Derecha / Izquierda
I am: Right-Handed Left-Handed Injured Arm: Right Left

(Ocupacion) *(Empleado)*
Occupation _____ Employer _____

Major Hobbies _____

(Doctor que lo referio)
Referring Physician and **Phone Number** _____

(Fecha que se lastimo)
Date of Injury _____

(Racon por su visita de hoy)
Reason for Your Visit Today _____

(Circule las condiciones que tenga o que a tenido)

PMH: Please Circle Any of the Following Conditions That You Have or Have Had:

(Diabetes-dependiente de insulina) *(Alta Prescion)* *(Enfermedad de corazon)*
Insulin Dependent Diabetes High Blood Pressure Heart Disease

(Diabetes-no depende en la insulina) *(Clotos de sangre)* *(Atace de corazon)*
Non-Insulin Dependent Diabetes Blood Clots Heart Attacks

(Hipotiroidismo) *(Desorden de la sangre)* *(Enfermedad de pulmones)*
Hypothyroidism Bleeding Disorder Lung Disease

(Reaccion de anestesia) *(Enfermedad de rinones)* *(Hepatitis)*
Reaction to Anesthesia Kidney Disease Hepatitis

(SIDA) *(Ulcera Peptica)* *(Enfermedad del igado)*
HIV/AIDS Peptic Ulcer Disease Liver Disease

(Reumatoide Artritis) *(Abuso de drogas)* *(Alcoholismo)*

Rheumatoid Arthritis

Drug Abuse

Alcoholism

(Asma)

Asthma

(Desorden siquiatrico) Que tipo?

Psychiatric Disorder: What type? _____

(Cancer) Que tipo?

Cancer: What Type? _____

Esta embarazada? Si / No

Are You Pregnant: Y N

(Otros problemas medicos?)

Any Other Medical Problems? _____

(Liste cada operacion que a tenido y en que fecha lo tuvo)

PSH: Please List Each Surgery (Procedure and Date) That You Have Had:

(Alergias:) Por favor de listar las medicinas que tiene alergias. Que reaccion tiene?

Allergies: Please List Any MEDICATIONS That You Are Allergic To, and What Happens When You Take Them:

(Medicinas:) Cuales medicinas esta tomando? Incluyendo Aspirina y Motrin

Medications: Please List ALL Medications You Take, Including Aspirin, Motrin, etc:

(Syntomas)

(Por favor circule las siquientes enfermedades que tenga)

Review of Systems: Please Circle Any of the Following that You Have:

(Fiebre)

Fever

(Mareo)

Dizziness

(Frio en las puntas de los dedos)

Fingertip Cold Intolerance

Rash

(Depresion)

Depression

(Ulcera en las puntas de los dedos)

Fingertip Ulcers

(Sangre en el escramento)

Blood in Stool

(Toz productiva)

Productive Cough

(Respiracion corta)

Shortness of Breath

(Picasoso o dormido en los piez)

Tingling or Numbness in Your Feet

(Dificil de horinar)

Difficulty Urinating

(Picasoso o dormido en la mano)

(Dolor en el pecho)

Tingling or Numbness in Your Hand

Chest Pain

(Dolor de los huesos) Acuales?

Joint Aches: Which Joints? _____

(Historia Social:)

Social History:

(Ud. Fuma?)

Do You Smoke?

Si / No

Y N

Cuanto?

How Much? _____

(Ud. Toma?)

Do You Drink Alcohol

Si / No

Y N

Cuanto?

How Much? _____

(Usa drogas?)

Do You Use Recreational Drugs

Si / No

Y N

Cuanto?

What Kind? _____

Historia de Familia: Circule las siguientes problemas medicas en su mediate familia

Family History: Please Circle Any of the Following Medical Problems in Your

(Mediate Familia (Madre, Padre, Hermana, Hermano)

Immediate Family (Mother, Father, Sister, Brother):

(Reaccion de anestesia)

Reaction to Anesthesia

(Alta prescion)

Hypertension

(Reumatoide Artritis)

Rheumatoid Arthritis

(Problemas de Sangre)

Bleeding Problems

(Problemas del corazon) (Diabetes)

Heart Problems

Diabetes

(SIDA)

HIV/AIDS

(Enfermedad del pulmon) (Cancer) Que tipo?

Lung Disease

Cancer: What Type? _____

(Otras enfermedades en la familia)

Other Diseases that Run in the Family: _____

(Por favor de listar otra informacion que Ud. Siente que el doctor necesita saber)

Please List Any Other Information That You Feel the Doctor Needs to Know:
