



**NewportCare®**  
**MEDICAL GROUP**  
 NEWPORT BEACH - ORANGE  
 COSTA MESA - LONG BEACH  
 MISSION VIEJO - RIVERSIDE

**INFORMACION DEL PACIENTE  
 PARA ARCHIVOS MEDICOS**

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Número Código Postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Número de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_

Casado                       Soltero                       Divorciado                       Viudo

**DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_

**Conyuge / o Padre Responsable** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Número de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia persona que no Vive con Usted:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

• Por favor complete si el paciente es menor de 21 años de edad o un estudiante

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

Trabajo del Padre \_\_\_\_\_ Trabajo de la Madre \_\_\_\_\_

Empleador del Padre \_\_\_\_\_ Empleador de la Madre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

**Información del Seguro Médico**

**Suscriptor Principal de Seguros** \_\_\_\_\_ **Segundo Suscriptor del Seguro** \_\_\_\_\_

Empresa de Seguros \_\_\_\_\_ Empresa de Seguros \_\_\_\_\_

Número de Identificación \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_



**HISTORIA DEL PACIENTE  
 PARA ORTOPEDICOS**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
 Referido a esta oficina por: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Doctor de Familia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_  
 Queja Principal: \_\_\_\_\_  
 Está su condición relacionada a un accidente o lesión?  Yes  No  
 Está el accidente/lesión relacionado con un  Auto  Trabajo Otro: \_\_\_\_\_  
 Fecha de accidente/lesión \_\_\_\_\_ Cual es su manodominante?  Mano Derecha  Mano Izquierda  
 Inyección:  Yes  No Ocupación: \_\_\_\_\_ Pasatiempo Favorito: \_\_\_\_\_  
 Ha tenido: Fisioterapia  Yes  No Uso de dispositivos de asistencia: \_\_\_\_\_  
 Ha obtenido un:  CT Scan  MRI  X Rays Other: \_\_\_\_\_

**Historia Médica Corriente/Pasada:**

Ninguna  Asma  Cancer  Enfermedad del Corazón  Insuficiencia Cardiaca  
 Enfermedad de Pulmon  Derrame Cerebral  GERD (Reflujo Gastroesofágico)/Acidez  Hipertensión  Convulsión  
 Diabetes  Otro: \_\_\_\_\_

**Historia Quirúrgica Pasada:**  Ninguna Otra: \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:**  No contributivo Otro: \_\_\_\_\_

**Historia Social:**

Ninguna  Fumador: \_\_\_\_\_ paquete/día/Años Uso recreativo de drogas  
 Alcohol  a diario  semanalmente  Mensualmente  Raramente

**Revisión de Sistemas:** Todos los sistemas negativos, excepto como se indica a continuación

General:  Fatiga  Pérdida de peso inesperada  
 Ojo  Vista nublada  Otro: \_\_\_\_\_  
 ENT  Dolor de Garganta  Drenaje nasal/Congestión Otro: \_\_\_\_\_  
 Pulmonario  Tos  Espujo Otro: \_\_\_\_\_  
 Cardiovascular  Dolor de Pecho  Dificultad para respirar Otro: \_\_\_\_\_  
 GI  Dolor Abdominal  Nausea/vomitando  Incontinencia Otro: \_\_\_\_\_  
 Piel Erupción cutánea  Other: \_\_\_\_\_  
 Genitourinario:  Problemas Urinarios  Descarga abdominal  Incontinencia Otro: \_\_\_\_\_  
 Psicoanalizar  Depresión  Ansiedad Otro: \_\_\_\_\_  
 Hematología  Hematomas (Moretes) Otro: \_\_\_\_\_  
 Endocrino  Temperature Intolerante Otro: \_\_\_\_\_  
 Sistema Inmune  Estado de Asfixia despues de Exposición Ambiental Other: \_\_\_\_\_

Anote todos sus medicamentos corrientes:

Anote todas sus alergias:

Información de contacto de farmacia: \_\_\_\_\_



**NewportCare®**

**MEDICAL GROUP**

NEWPORT BEACH - ORANGE

COSTA MESA - LONG BEACH

MISSION VIEJO - RIVERSIDE

## HISTORIA DEL PACIENTE PARA ORTOPEDICOS

Questionario General del Nuevo Paciente Para el Dr. Foster: Fecha \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

1. Que parte del cuerpo esta siendo evaluado? \_\_\_\_\_

2. Hace cuanto tiempo ha tenido dolor en esa área: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años

3. Tubo una lesión?  Sí  No Describir (Incluir fecha de lesión)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Lo vieron en la sala de Emergencia?  Sí  No

Ubicación del local: \_\_\_\_\_

5. Previos tratamientos recibidos:  Inyecciones  Narcóticos  Tylenol  Cirugía

Medicamentos Antiinflamatorios  Yeso  Muletas  Ferulas o Frenillos  Fisioterapia

6. El dolor irradia?  Sí  No En donde irradia?

\_\_\_\_\_

7. Tipo de dolor:  Agudo  Sordo/dolorido  Hormigueo/Eléctrico  Ardor  Palpitante

8. Gravedad del dolor en escala de 0 – 10 (0 Ninguno, 10 Máximo)

9. Nivel de discapacidad:  Ninguno  Leve/Ocacional  Leve, sin efectos durante mis actividades

Moderado pero tolerable  Marcado con serias limitaciones  Totalmente incapacitante

10. Alguna lesión previa a la área afectada?  Sí  No (Describir) \_\_\_\_\_

11. Factores agravadores: \_\_\_\_\_

12. Factores aliviantes: \_\_\_\_\_



# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

**NOTA AL PACIENTE:** hay riesgos involucrados en cualquier procedimiento o tratamiento. No es posible garantizar o dar seguridad de un resultado exitoso. Es importante que usted entienda y acepte claramente la cirugía o tratamiento planeado. Autorizo a los proveedores de cuidado de Newport Care y a tales médicos, asociados, asistentes, y otro personal o el hospital o centro médico elegido por el o ella para realizar la práctica de la medicina con la intención de mejorar my bienestar general, como se discute conmigo. En el momento del tratamiento, autorizo cualquier otro procedimiento que en su juicio pueda ser aconsejable a mi bienestar, incluyendo los procedimientos que se consideren médicamente recomendables para remediar las condiciones descubiertas durante el procedimiento.

**RIESGOS Y COMPLICACIONES GENERALES:** estoy satisfecho con mi comprensión de los riesgos y complicaciones mas comunes del tratamiento o procedimiento que me describen en la discusión con mi proveedor. Estos riesgos incluyen, sin embargo, no se limitan a, el riesgo de sangrado, infección, dolor, lesiones a las estructuras neurovasculares que controlan la sensación, la función motora y la viabilidad de la región de procedimiento, así como los riesgos de la anestesia y la muerte.

**RIESGOS Y COMPLICACIONES ESPECIFICOS:** estoy satisfecho con mi comprensión de los riesgos específicos de este procedimiento o tratamiento tal como se me ha descrito en la discusión con mi proveedor.

**METODOS ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO:** estoy satisfecho con mi comprensión de los procedimientos alternativos o tratamientos y sus posibles beneficios y riesgos como se me ha descrito en la discusión con mi proveedor.

**NINGUN TRATAMIENTO:** estoy satisfecho con mi comprensión de las posibles consecuencias, resultados o riesgos si no se presta ningún tratamiento. También entiendo que ningún tratamiento es siempre una opción si no quiero tomar en cuenta los riesgos de procedimiento/tratamiento antes mencionados.

**SEGUNDA OPINION:** se me ha ofrecido la oportunidad de buscar una segunda opinión sobre el tratamiento o procedimiento propuesto.

**PROCEDIMIENTOS ADICIONALES O DIFERENTES DURANTE EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO:** entiendo que pueden surgir condiciones que no están previstas en este momento y que puede ser necesario y recomendable realizar operaciones y procedimientos diferentes de, o además, del procedimiento descrito. Autorizo y consiento el desempeño de las operaciones y prodedimientos adicionales o diferentes que se consideren necesarios y recomendables.

**OTROS SERVICIOS:** doy mi consentimiento para el desempeño de los servicios de patología y radiología según sea necesario y además autorizo la eliminación de cualquier tejido cortado, hardware (postizo) o miembro, de acuerdo con la práctica hospitalaria o de instalaciones médicas consuetudinarias.

**FOTOGRAFIA:** consiento en fotografiar, filmar o grabar en video el tratamiento o procedimiento para uso educacional o diagnóstico.

**NO HAY GARANTIAS:** entiendo que hay riesgos involucrados en cualquier procedimiento o tratamiento, y no es posible garantizar o dar seguridad de un resultado exitoso.

**OTRAS PREGUNTAS:** estoy satisfecho con mi comprensión de la naturaleza del procedimiento o los tratamientos y todas mis preguntas adicionales sobre el tratamiento o el procedimiento han sido contestados.

**He leído esta forma a fondo.**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ AM/PM

ESCRIBA NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ (Del Paciente, Padre, o Guardian Legal)

TRADUCIDO POR (SI ESTO APLICA): \_\_\_\_\_

MEDICO: \_\_\_\_\_

TESTIGO: \_\_\_\_\_

