



Cascade Orthopedic Surgery Informacion Historial del Paciente

◆ Ronald L. Teed, M.D., PC ◆

Nombre _____ (MI) _____ Apellido _____

Fecha de el incidente (Date of injury) _____ Accidente? Si No

Ocupacion (Occupation) _____

¿Que cirugias a tenido usted? Cuando? (Surgeries) _____

Indique algún problema médico o las enfermedades crónicas que usted tiene. (Past Medical Hx) _____

¿Que medicinas toma usted? (Medications taking) _____

¿Usted es alergico a alguna medicina? ¿Cual? (Allergies) _____

¿Se a roto usted algun hueso? ¿Donde? (Broken Bones) _____

Indique cualquier problema de las enfermedades o la salud que corren en su familia. (Family history) _____

¿Ha utiliza alguna vel tabaco? (Ever used Tobacco) Si No Cuando? (When) _____ Usar tabaco

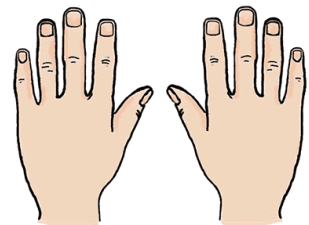
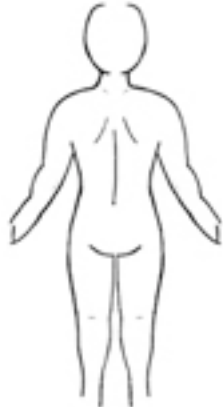
ahora? (use now) Si No ¿Con que frecuencia? (How much) _____ Cigarro / Cigarillo / Masticacion de tabaco

¿Utiliza alcól? (alcohol) _____ ¿Con que frecuencia? (How Much) _____

¿Escribe usted con la derecha o mano izquierda? (Right / Left handed) _____

Altura (Height) _____ Peso (Weight) _____

Circule/Marque la parte del cuerpo que el médico necesita revisar:



Indique por favor una descripción breve por qué usted vino a ver al médico hoy. (Describe why you are here)

Si es accidente, explique por favor (If accident, please explain) _____

Fecha: (date) _____

página sobre por favor