

Etiqueta del Paciente

Formulario de Información del Paciente

Por favor complete este formulario con los documentos adjuntos, y envíelo al International Healthcare Center a través de la **página web de Zemyna**.

Zemyna únicamente guardará la información del paciente que consta en la sección de Información General en este formulario, más las imágenes de resonancia magnética y rayos X. No se guardará ninguna otra información médica del paciente.

La información solicitada se proporciona al hospital con el fin de establecer si el paciente puede someterse a la cirugía de CARTISTEM.

Si tiene alguna consulta sobre este formulario, por favor contáctese con el International Healthcare Center al email: ish2014feb@gmail.com

POR FAVOR COMPLETE Y ENVIE ESTE FORMULARIO CON UNA COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:			
Documento	Confirma Adjunto	Documento	Confirma Adjunto
Copia de Pasaporte	<input type="checkbox"/>	Rayos X (Fémur, rodillas, Cadera-Tobillo)	<input type="checkbox"/>
Seguro Médico (si dispone)	<input type="checkbox"/>	Resonancia Magnética Rodilla	<input type="checkbox"/>
<i>Nota: Si el paciente sufre de alguna enfermedad cardíaca, por favor proporcione una carta de autorización del medico cardiólogo dirigida al paciente, para someterse a la cirugía de rodilla</i> <input type="checkbox"/>			
INFORMACION GENERAL			
NOMBRE DEL PACIENTE	<i>(COMO CONSTA EN DOCUMENTO DE IDENTIFICACION)</i>		
FECHA DE NACIMIENTO	<i>AAAA-MM-DD</i>	SEXO	<input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO
NACIONALIDAD			
NUMERO DE TELEFONO NUMERO DE CELULAR			
EMAIL			
DIRECCION			
ESTADO CIVIL			
NOMBRE DE SU DOCTOR			
DIRECCION CONSULTORIO			
TELEFONO DOCTOR			
EMAIL DOCTOR			
FAMILIAR MAS CERCANO / CONTACTO DE EMERGENCIA			
NOMBRE			
EMAIL			
NUMERO DE TELEFONO NUMERO DE CELULAR			
RELACION CON PACIENTE			
INFORMACION DEL SEGURO MEDICO			
NOMBRE DEL PACIENTE			
SEXO	<input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	FECHA DE NACIMIENTO	<i>AAAA-MM-DD</i>
EMPLEADOR	<i>si está disponible</i>		

COMPañIA DE SEGUROS	<i>si está disponible</i>
NUMERO DE POLIZA	<i>si está disponible</i>
NUMERO DE PLAN/GRUPO	<i>si está disponible</i>

Nuevo cuestionario para el paciente

Nombre:		FECHA DE NACIMIENTO: AAAA-MM-DD	
Estatura: <input type="checkbox"/> Pies _____ ó <input type="checkbox"/> Centímetros _____		Peso: <input type="checkbox"/> Libras _____ ó <input type="checkbox"/> Kilos _____	
		Edad : _____	
		SEXO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	
Circunferencia sección media del Muslo :		<input type="checkbox"/> Centímetros _____ ó <input type="checkbox"/> Pulgadas _____	
<i>Siga las instrucciones de la última página</i>			
Ocupación :			
Motivo de la consulta			
Cartistem			
Rango actual de dolor (Sin dolor 0-10 dolor máximo) :			
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	
Historial Médico			
Por favor marque a continuación cualquier enfermedad que haya sufrido:			
<input type="checkbox"/> Hipertensió	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Angina de pecho/Infarto Cardíaco	<input type="checkbox"/> Gastritis/ Duodenitis	<input type="checkbox"/> Infarto cerebral
<input type="checkbox"/> Úlcera gástrica/ Úlcera del duodeno	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal / Patología de Vejiga	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática, funcional	<input type="checkbox"/> Hematuria
<input type="checkbox"/> Hígado graso	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/> Hernia discal
<input type="checkbox"/> Cálculo de vesícula	<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> Pólipo rectal - colon	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Cáncer de seno	<input type="checkbox"/> Mioma del útero
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Otros (explicar)		
Historia Familiar			
Seleccione la enfermedad y especifique el parentesco a continuación:			
Enfermedad	Parentesco	Enfermedad	Parentesco
<input type="checkbox"/> Hipertensión		<input type="checkbox"/> Cáncer	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis		<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congénita	
<input type="checkbox"/> Hepatitis		<input type="checkbox"/> Reumatismo	
<input type="checkbox"/> Infarto Cerebral		<input type="checkbox"/> Alergias	
<input type="checkbox"/> Hepatitis		<input type="checkbox"/> Enfermedad del Colon	
<input type="checkbox"/> Cirrosis		<input type="checkbox"/> Otras (explicar)	
Alergias (medicinas, alimentos, dieta)		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	



Tipos		Reacción	
1 Alergia a Medicinas			
2 Alergia a Alimentos			
3 Preferencia de Dieta			
Toma medicamentos actualmente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Medicamento	Vía (Oral, inyección, etc.)	Dosis	Frecuencia
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Se ha sometido a cirugías anteriormente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cirugía		Fecha (aproximada)	
1			
2			
3			
4			
5			
Hábitos			
Fuma tabaco?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso negativo, ¿ha fumado en el pasado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Edad a la que fumó por primera vez			
¿Tiempo que lleva fumando?			
¿Cuántos cigarrillos fuma en promedio cada día?			
Si dejó de fumar, ¿cuándo lo dejó?			
Consume alcohol?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia bebe alcohol?		_____ veces / semana	
¿Cuántas onzas o mililitros de cerveza, vino o licor consume en un día normal?			
Cerveza	mililitros _____ Onzas _____		
Vino	mililitros _____ Onzas _____		
Licor	mililitros _____ Onzas _____		
Revisión de Sistemas			



Si ha experimentado alguno de los síntomas detallados a continuación por favor indique

Cambios repentinos de peso

- Pérdida de peso: _____ kg o lb durante _____ (tiempo)
 Aumento de peso: _____ kg o lb durante _____ (tiempo)

Sistema Digestivo

- Indigestión
- Eructos
- Dolor de pecho
- Hinchazón abdominal
- Acidez estomacal
- Nausea, Vómito
- Sensación incómoda en garganta
- Dolor de estómago
- Dolor en parte superior derecha del abdomen
- Diarrea
- Gases
- Estreñimiento
- Defecación frecuente
- Deposición suelta
- Deposición con sangre
- Deposición oscura

Sistema Nervioso

- Dolores de cabeza frecuentes
- Distracción/Falta de concentración
- Parálisis
- Hormigueo en extremidades
- Mareo
- Parálisis facial

Otros

- Comezón en la piel
- Urticaria
- Visión defectuosa
- Dolor ocular
- Dificultad auditiva
- Zumbido de oídos
- Secreción de oídos
- Ronquera

Sistema Cardiovascular

- Falta de aliento
- Pesadez en el pecho al ejercitarse
- Opresión en el pecho
- Falta de aliento al recostarse, mejora al sentarse
- Pulso irregular. Palpitaciones.

Sistema respiratorio

- Tos frecuente
- Espujo Amarillo verdoso
- Espujo con sangre
- Dificultad para respirar
- Respiración sibilante
- Manos lentas o temblorosas

Sistema urinario

- Dificultad para orinar, orina residual
- Orina turbia
- Dolor en la parte lateral del abdomen inferior
- Orina frecuente nocturna
- Dificultad para aguantar la orina
- Orina con sangre
- Incontinencia
- Mareos
- Sangrado nasal frecuente
- Dolores agudos en articulaciones, dolor general
- Trastorno de movimiento de articulaciones
- Adquiere moretones con facilidad
- Sangrado de encías
- Mal aliento
- Dolor de muelas

