



HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE – DOLOR / LESION PRESENTE

NOMBRE: _____

RAZON DE SU VISITA: _____

¿CUANDO SUCEDIO SU DOLOR O LESION? _____

¿HA VISTO ALGUN ORTHOPAEDICO TRATAMIENTO? SI / NO

¿CUANDO FUE LA ULTIMA VES QUE TUVISTE TRATMIENTO? _____

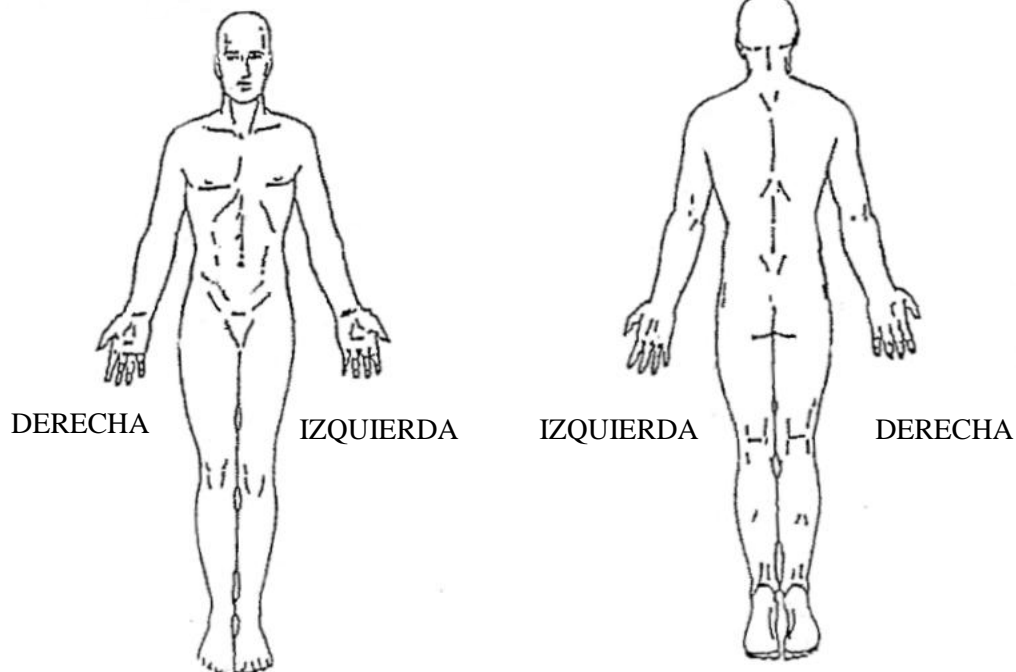
¿ACTUALMENTE TIENE EXPERIENCIA CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?

(Marque uno por favor)

SE DUERME:	SI	NO	DOLORES NOCTURNA:	SI	NO
HORMIGEO:	SI	NO	DEBILIDAD:	SI	NO
TIESO:	SI	NO	DOLOR DE CABEZA:	SI	NO
MOVIMIENTO LIMITADO:	SI	NO	DOBLAR / EXTENDER:	SI	NO

COMENTARIOS: _____

APLIQUE UN “X” SOBRE LA PARTE DEL CUERPO QUE SIENTES DOLOR O TIENES FRACTURA:



FIRMA: _____

FECHA: _____