PHOENIX CHILDREN'S Medical Group
(P) 602−933−3033 (F) 602−933−5245

Medicina del Deporte Cuestionario para un Patiente Nuevo

PCH SPORTS MEDICINE for YOUNG ATHLETES

Physician Notes

Persona que derivó al paciente (marque lo que corresponda):

☐ Médico: _____ ☐ Entrenador de deportes: _____

☐ Departamento de Emergencias: _____ ☐ Amigo: _____

☐ Atención de Urgencia: _____ ☐ Sitio de internet: _____

☐ Terapeuta Físico: _____ ☐ Otro: _____

Médico de cabecera:

¿Cuándo comenzó el problema? _____

¿Cómo se lesionó? _____

¿Qué empeora la afección? _____

¿Lo trataron? (ejemplos: terapia física −lugar, duración−hielo, descanso, medicamentos):

_____

Antecedentes médicos

¿Enfermedad grave? _____

Cirugías: _____

Antecedentes familiares

Problemas de salud de padres o hermanos: _____

Antecedentes sociales

Escuela: _____ Grado que cursa: _____

Revisión general del organismo (¿Qué problema tiene?):

Estado general (fiebre, pérdida de peso inexplicable, masa o bulto) No Sí*
Ojos (visión borrosa) No Sí*
Garganta, nariz y oídos No Sí*
Sistema cardiovascular (dolor en el pecho, respiración dificultosa) No Sí*
Aparato respiratorio (asma, tos) No Sí*
Sistema neurológico (falta de sensación, hormigueo en brazos o piernas) No Sí*
Gastrointestinal (dolor abdominal, náuseas) No Sí*
Aparato genitourinario (menstruación irregular, alteraciones urinarias) No Sí*
Hematología y ganglios linfáticos (anemia, trastornos en sangre, sistema inmunitario) No Sí*
Sistema endocrino (diabetes, problemas de tiroides) No Sí*
Psiquiatría (depresión, ansiedad) No Sí*
Alergias o sistema inmunitario (eccema, urticaria, infecciones recurrentes) No Si*
Músculos y huesos No Sí*

*Explique el problema en detalle

_____ _____
Firma de la persona que completa el formulario Fecha

_____ _____ _____
Practitioner Signature Printed Name Date & Time