



# Banner Health®

## HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO- NEUROCIURUGÍA NEW PATIENT MEDICAL HISTORY NEUROSURGERY

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Identidad de género (Opcional) \_\_\_\_\_

*Por favor sea tan detallado como pueda, para que podamos brindarle la mejor y más segura atención.*

Farmacia de su preferencia (Nombre y ubicación): \_\_\_\_\_

### Médico de atención primaria

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Describa brevemente cuándo inició el dolor actual y los eventos que precedieron el dolor.

¿Cómo y cuándo empezó? \_\_\_\_\_

Escriba el nombre de los médicos que le han dado tratamiento para este problema: \_\_\_\_\_

¿Trajo Radiografías, Electromiografía (EMG), Tomografía Axial Computarizada (TAC), o Resonancia Magnética el día de hoy?  Sí  No

¿Esta es una lesión relacionada con el trabajo?  Sí  No ¿Usará el seguro de prestaciones de compensación laboral?  Sí  No

## ALERGIAS

Enumere cualquier alergia e intolerancia a **medicamentos, alimentos y ambientales**.  Ninguna alergia que se sepa

Alergia	Reacción

## MEDICAMENTOS

No toma ningún medicamento

Enumere cualquier medicamento, vitamina, suplementos y medicinas de venta libre que toma, con la dosis y la frecuencia.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

¿Toma usted aspirina o algún anticoagulante como Warfarin / Xeralto / Plavix / Coumadin / Pradaxa?

Sí  No Si es así, escriba el medicamento, la dosis y la frecuencia con la que la toma: \_\_\_\_\_

Si no, ¿Algún médico le ha recomendado no tomar aspirina?  Sí  No

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**



NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
NEUROSURGERY

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Gender Identity (Optional) \_\_\_\_\_

*Please provide as much detail as you are able so that we can give you the safest and best care possible.*

Preferred Pharmacy (name and location): \_\_\_\_\_

**Primary Care Provider**

Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

**Briefly describe the onset of your current pain and events preceding your pain. When and how did it begin?**

\_\_\_\_\_

List all providers who have treated you for this issue: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Did you bring X-Rays / EMG / CT / MRI today?  Yes  No

Is this a work related injury?  Yes  No If yes, will you be using workman's comp benefits?  Yes  No

**ALLERGIES**

List any allergies and intolerances to **medications, food or the environment.**  No Known Allergies

Allergy:	Reaction:

**MEDICATIONS**

Not taking any medications

List any medications, vitamins, supplements, and over the counter medications you are taking, with dose and how often.

Medication Name:	Dose:	How often?

Are you on aspirin or a blood thinner, such as Warfarin / Xeralto / Plavix / Coumadin / Pradaxa?

Yes  No If yes, medication with dose and frequency: \_\_\_\_\_

If no, has a physician advised you not to take aspirin?  Yes  No

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**



# Banner Health®

## HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO- NEUROCIURUGÍA NEW PATIENT MEDICAL HISTORY NEUROSURGERY

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### HISTORIA MÉDICA

Escriba todas las enfermedades por las que recibe tratamiento (presión arterial alta, etc.)

1.	4.
2.	5.
3.	6.

¿Ha sido hospitalizado o ha ido a la Sala de Urgencias recientemente? (escriba las fechas y los motivos)

Ninguna hospitalización o ingreso a la Sala de Urgencias

Fecha	

### HISTORIA QUIRÚRGICA

Enumere las cirugías que le han hecho y la fecha.  Ninguna cirugía anterior

Fecha	Tipo de cirugía	Fecha	Tipo de cirugía

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Enumere las enfermedades de cada miembro de la familia.

	Vivo	Fallecido	Edad del fallecimiento	Enfermedad(es)
Padre				
Madre				
Hermanos				
Hermanas				
Hija				
Hijo				

### ANTECEDENTES SOCIALES

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Uso de tabaco/ fumador:	<input type="checkbox"/> Nunca				
	<input type="checkbox"/> Actualmente	Tipo	Cantidad	Duración	
	<input type="checkbox"/> Antes usaba	Tipo	Cantidad	Duración	
¿Toma bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tipo	Cantidad	Frecuencia
¿Usa drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tipo	Cantidad	Frecuencia
¿Toma cafeína?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tipo	Cantidad	Frecuencia

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
NEUROSURGERY

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

MEDICAL HISTORY

List all medical conditions you are being treated for (high blood pressure, etc.)

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Have you had any recent hospitalizations or ER visits (provide dates and reason below)?

No prior hospitalizations/ER visits

Date	

SURGICAL HISTORY

List all prior surgeries and the date.  No prior surgeries

Date	Type of Surgery	Date	Type of Surgery

FAMILY HISTORY

List health conditions for each family member.

	Alive	Deceased	Age of Death	Health Condition(s)
Father				
Mother				
Brothers				
Sisters				
Daughter				
Son				

SOCIAL HISTORY

Occupation \_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_

Tobacco/smoking status:	<input type="checkbox"/> Never				
	<input type="checkbox"/> Current	Type	Amount	Duration	
	<input type="checkbox"/> Former	Type	Amount	Duration	
Do you use alcohol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Type	Amount	Frequency
Do you use recreational drugs?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Type	Amount	Frequency
Do you use Caffeine?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Type	Amount	Frequency

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



## HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO- NEUROCIRUGÍA NEW PATIENT MEDICAL HISTORY NEUROSURGERY

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

¿Cuándo empezaron los síntomas?: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Cuál es su mano dominante? Derecha / Izquierda

#### Lugar del dolor o los síntomas:

- Cerebro/cabeza    Cara    Cuello    Brazo(s)  
 Parte alta de la espalda    Parte baja de la espalda  
 Cadera    Pierna(s)

**Intensidad del dolor** (0=mínimo, 10=máximo): \_\_\_\_\_

#### Frecuencia del dolor:

 (marque todos los que correspondan)

- Raro    Algunas veces    Constante  
 Al subir escaleras    Con las escaleras y al caminar

#### Estado:

- Peor    Estable    Mejora    Resuelto

#### Irradiación del dolor:

No    Sí, irradia hacia: \_\_\_\_\_

- Dolor    Ardor    Sordo  
 Punzante    Agudo    Pulsátil

Otro: \_\_\_\_\_

#### ¿Lesión o traumatismo?

 No    Sí

¿En dónde y cuándo? (trabajo, escuela, vacaciones, automóvil, otro): \_\_\_\_\_

#### El dolor se agrava con:

 (marque todos los que correspondan)

- Agacharse    Cargar    Sentarse  
 Subir escaleras    Movimiento    Pararse  
 Bajar escaleras    Empujar    Caminar

Nada

Otro: \_\_\_\_\_

#### Tratamientos anteriores:

 (marque todos los que correspondan)

- Férula o soporte    Hielo    Movimiento  
 Elevación    Inyección    Estiramiento  
 Ejercicio    Masaje    Terapia física  
 Calor    Descanso    Nada

Medicinas de venta libre o recetadas: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

¿Alguno de estos tratamientos le dio alivio?

Cuáles? \_\_\_\_\_

#### Síntomas relacionados:

 (marque todos los que correspondan)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moretones                           | <input type="checkbox"/> Cojear                          |
| <input type="checkbox"/> Espasmos                            | <input type="checkbox"/> Dolor después de estar inactivo |
| <input type="checkbox"/> "Tronidos"                          | <input type="checkbox"/> Se traban las articulaciones    |
| <input type="checkbox"/> Inflamación                         | <input type="checkbox"/> Rigidez                         |
| <input type="checkbox"/> Menor movilidad                     | <input type="checkbox"/> Despertarse en la noche         |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo en los brazos             | <input type="checkbox"/> Hormigueo en las piernas        |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la noche                   | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormirse        |
| <input type="checkbox"/> La articulación se siente inestable | <input type="checkbox"/> Entumecimiento                  |
| <input type="checkbox"/> Debilidad                           | <input type="checkbox"/> Dolor de articulación           |
| <input type="checkbox"/> "Crujidos"                          |  |

Otro: \_\_\_\_\_

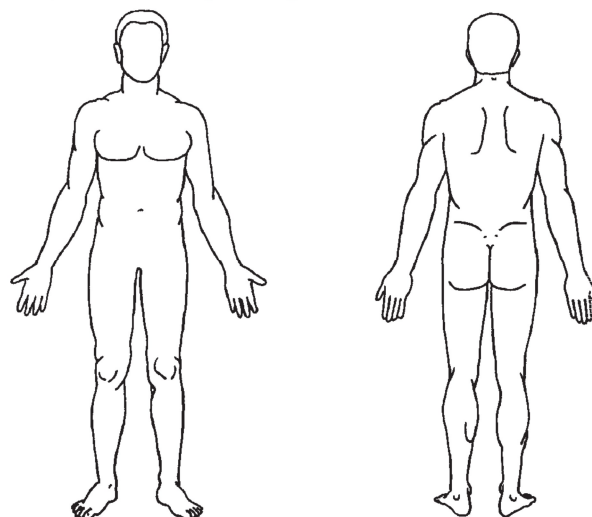
#### Habilidades: Puede usted...

- |                              |                                  |                                      |   |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| Entrar y salir del carro     | <input type="checkbox"/> Sí      | <input type="checkbox"/> No          | <input type="checkbox"/> Con dificultad |
| Arrodillarse                 | <input type="checkbox"/> Sí      | <input type="checkbox"/> No          | <input type="checkbox"/> Con dificultad |
| Ponerse zapatos y calcetines | <input type="checkbox"/> Sí      | <input type="checkbox"/> No          | <input type="checkbox"/> Con dificultad |
| Bajar escaleras              | <input type="checkbox"/> Sí      | <input type="checkbox"/> No          | <input type="checkbox"/> Con barandal   |
| Subir escaleras              | <input type="checkbox"/> Sí      | <input type="checkbox"/> No          | <input type="checkbox"/> Con barandal   |
| Sentarse                     | <input type="checkbox"/> 1 hr.   | <input type="checkbox"/> 30 min.     | <input type="checkbox"/> Con dificultad |
| Caminar (distancia):         | <input type="checkbox"/> En casa | <input type="checkbox"/> <5 cuadras  | <input type="checkbox"/> 5-10 cuadras   |
|                              |                                  | <input type="checkbox"/> >10 cuadras |   |

#### Usted necesita...

- Bastón    Muletas  
 Caminador    Silla de ruedas    Nada

Marque en el dibujo el lugar donde le duele:



DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
NEUROSURGERY**
**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**PAIN ASSESSMENT**

When did symptoms begin: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Which is your dominate hand? Right / Left

**Location of pain/symptoms:**

- 
- Brain/head
- 
- Face
- 
- Neck
- 
- Arm(s)
- 
- 
- Upper back
- 
- Lower back
- 
- Hip
- 
- Leg(s)

**Severity of Pain** (0=min, 10=max): \_\_\_\_\_

**Pain Frequency:** (mark all that apply)

- 
- Rare
- 
- Occasional
- 
- Constant
- 
- 
- Stairs only
- 
- Stairs and walking

**Status:**

- 
- Worse
- 
- Stable
- 
- Improving
- 
- Resolved

**Radiation of pain:**
 No    Yes, radiates to: \_\_\_\_\_

- 
- Aching
- 
- Burning
- 
- Dull
- 
- 
- Piercing
- 
- Sharp
- 
- Throbbing

Other: \_\_\_\_\_

**Injury/Trauma?**  No    Yes

If Yes, when/where? (work, school, vacation, automobile, other): \_\_\_\_\_

**Aggravated by:** (mark all that apply)

- 
- Bending
- 
- Lifting
- 
- Sitting
- 
- 
- Climbing stairs
- 
- Movement
- 
- Standing
- 
- 
- Descending stairs
- 
- Pushing
- 
- Walking

 Nothing

Other: \_\_\_\_\_

**Prior treatment:** (mark all that apply)

- 
- Brace/splint
- 
- Ice
- 
- Mobility
- 
- 
- Elevation
- 
- Injection
- 
- Stretching
- 
- 
- Exercise
- 
- Massage
- 
- Physical Therapy
- 
- 
- Heat
- 
- Rest
- 
- Nothing

 OTC/prescription meds: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

Did any of the prior treatments above give relief?

If so, please list: \_\_\_\_\_

**Associated symptoms:** (mark all that apply)

- 
- Bruising
- 
- Limping
- 
- 
- Spasms
- 
- Pain after inactivity
- 
- 
- "Crunching"
- 
- Locking
- 
- 
- Swelling
- 
- Stiffness
- 
- 
- Decreased mobility
- 
- Wake at night
- 
- 
- Tingling in arms
- 
- Tingling in legs
- 
- 
- Pain at night
- 
- Difficulty going to sleep
- 
- 
- Joint feels unstable
- 
- Numbness
- 
- 
- Weakness
- 
- Joint tenderness
- 
- 
- "Popping"

Other: \_\_\_\_\_

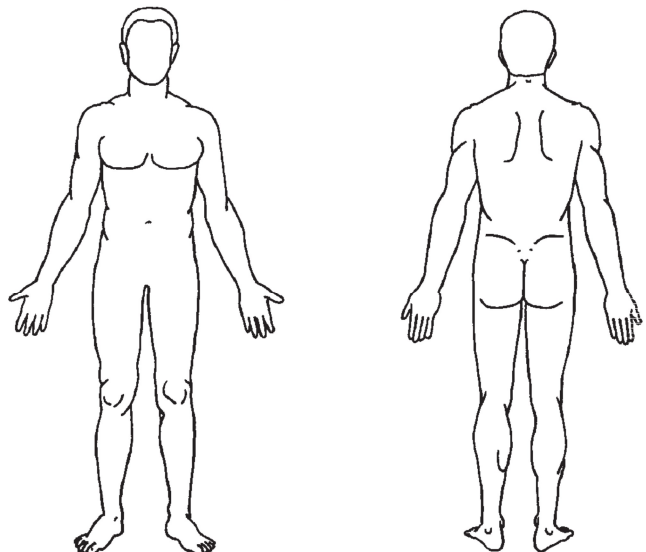
**Functional Abilities: Can you...**

- |                   |                                      |                                     |  |
|-------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Get in/out of car | <input type="checkbox"/> Yes         | <input type="checkbox"/> No         | <input type="checkbox"/> With difficulty |
| Kneel             | <input type="checkbox"/> Yes         | <input type="checkbox"/> No         | <input type="checkbox"/> With difficulty |
| Put on sock/shoes | <input type="checkbox"/> Yes         | <input type="checkbox"/> No         | <input type="checkbox"/> With difficulty |
| Go down stairs    | <input type="checkbox"/> Yes         | <input type="checkbox"/> No         | <input type="checkbox"/> With a rail     |
| Go up stairs      | <input type="checkbox"/> Yes         | <input type="checkbox"/> No         | <input type="checkbox"/> With a rail     |
| Sit in chair      | <input type="checkbox"/> 1 hr.       | <input type="checkbox"/> 30 min.    | <input type="checkbox"/> Difficult       |
| Walking distance: | <input type="checkbox"/> indoors     | <input type="checkbox"/> <5 blocks  |  |
|                   | <input type="checkbox"/> 5-10 blocks | <input type="checkbox"/> >10 blocks |  |

Do you require a...

- 
- Cane
- 
- Crutches
- 
- 
- Walker
- 
- Wheelchair
- 
- None

Indicate on the drawing below where you have pain.


**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**



HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO-NEUROCIURUGÍA
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
NEUROSURGERY

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿En los últimos 30 días, ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

Table with 10 columns: Symptom, Sí, No, Symptom, Sí, No, Symptom, Sí, No. Rows include categories like GENERAL, GENITOURINARIO, PSIQUIÁTRICO, REPRODUCTIVO, METABÓLICO/ENDOCRINO, SANGUÍNEO, RESPIRATORIO, INMUNITARIO, and CARDIOVASCULAR.

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



## NEW PATIENT MEDICAL HISTORY NEUROSURGERY

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

### REVIEW OF SYSTEMS

In the last **thirty days**, have you experienced any of the following:

CONSTITUTIONAL			GENITOURINARY			PSYCHIATRIC		
Chills	Yes	No	Blood in urine	Yes	No	Anxiety	Yes	No
Fatigue	Yes	No	Painful urination	Yes	No	Depression	Yes	No
Fever	Yes	No	Polyuria (urinating large volumes)	Yes	No	Insomnia	Yes	No
Malaise	Yes	No	Urinary frequency	Yes	No	<b>SKIN</b>		
Night sweats	Yes	No	Urinary incontinence	Yes	No	Contact allergies	Yes	No
Weight gain	Yes	No	Urinary retention	Yes	No	Hives	Yes	No
Weight loss	Yes	No	<b>REPRODUCTIVE</b>			Itching	Yes	No
<b>HEENT</b>			Abnormal pap	Yes	No	Mole change	Yes	No
Ear drainage	Yes	No	Breast discharge	Yes	No	Rash	Yes	No
Ear pain	Yes	No	Breast lump	Yes	No	Skin lesion	Yes	No
Eye discharge	Yes	No	Dysmenorrhea	Yes	No	<b>MUSCULOSKELETAL</b>		
Eye pain	Yes	No	Hot flashes	Yes	No	Back pain	Yes	No
Hearing loss	Yes	No	Irregular menses	Yes	No	Joint pain	Yes	No
Nasal drainage	Yes	No	Painful intercourse	Yes	No	Joint swelling	Yes	No
Sinus pressure	Yes	No	Vaginal discharge	Yes	No	Muscle weakness	Yes	No
Sore throat	Yes	No	<b>METABOLIC/ ENDOCRINE</b>			Neck pain	Yes	No
Vision changes	Yes	No	Brittle hair	Yes	No	<b>HEMATOLOGIC</b>		
<b>RESPIRATORY</b>			Brittle nails	Yes	No	Easy bleeding	Yes	No
Chronic cough	Yes	No	Cold intolerance	Yes	No	Easy bruising	Yes	No
Cough	Yes	No	Excessive hunger	Yes	No	Lymphadenopathy	Yes	No
Known TB exposure	Yes	No	Excessive thirst	Yes	No	<b>IMMUNOLOGIC</b>		
Shortness of breath	Yes	No	Hair changes	Yes	No	Environmental allergies	Yes	No
Wheezing	Yes	No	Heat intolerance	Yes	No	Food allergies	Yes	No
<b>CARDIOVASCULAR</b>			Hirsutism	Yes	No	Seasonal allergies	Yes	No
Chest pain	Yes	No	<b>NEUROLOGICAL</b>					
Claudication (pain in extremities)	Yes	No	Dizziness	Yes	No			
Edema (swelling)	Yes	No	Extremity numbness	Yes	No			
Palpitations	Yes	No	Extremity weakness	Yes	No			
<b>GASTROINTESTINAL</b>			Gait disturbance	Yes	No			
Abdominal pain	Yes	No	Headache	Yes	No			
Blood in stool	Yes	No	Memory loss	Yes	No			
Change in stools	Yes	No	Seizures	Yes	No			
Constipation	Yes	No	Tremors	Yes	No			
Diarrhea	Yes	No						
Heartburn	Yes	No						
Loss of appetite	Yes	No						
Nausea	Yes	No						
Vomiting	Yes	No						

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**