



Formulario de historial de tratamiento conservador (Articulaciones)

El tratamiento conservador tiene un valor significativo. También es importante documentar y permitir que su proveedor conozca sus esfuerzos recientes antes de establecer más pruebas y/o tratamiento.

La información de este formulario capturará el historial del tratamiento conservador en caso de que sea necesario solicitar **una intervención en sus articulaciones**. En otros procedimientos, podría ser necesario un formulario diferente.

Escriba en letra de imprenta legible. El procesamiento puede retrasarse si la información enviada es ilegible o incompleta.

Fecha de hoy:	Paciente:	Fecha de nacimiento:
Piense el motivo por el que consulta hoy a su proveedor. ¿Ha tenido estos síntomas durante seis meses o más?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si responde que no a lo anterior, ¿cuánto tiempo ha tenido estos síntomas?		
¿Ha probado alguno de los siguientes tratamientos?		
¿Descansar/cambiar o limitar su actividad?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Reducción de peso?		<input type="checkbox"/> SÍ EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNTAS LIBRAS? _____ <input type="checkbox"/> NO
¿Ayuda para caminar o con el equilibrio?		<input type="checkbox"/> BASTÓN <input type="checkbox"/> MULETAS <input type="checkbox"/> ANDADOR
¿Calor o hielo?		<input type="checkbox"/> CALOR <input type="checkbox"/> HIELO <input type="checkbox"/> AMBOS
¿Rodillera?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Fisioterapia?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo a la fisioterapia, complete esta sección.		
¿Cuál fue el mes y el año en que empezó? _____ ¿Cuál fue el mes y el año en que tuvo su última sesión? _____		
¿Recomendó el médico ejercicios en casa para este problema?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo a los ejercicios en casa recomendados por el médico, complete esta sección.		
¿Cuál fue el mes y el año en que empezó? _____ ¿Cuál fue el mes y el año en que tuvo su última sesión? _____		
¿Medicamentos para este problema como antiinflamatorios de venta libre o analgésicos (ibuprofeno, Tylenol) o narcóticos?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿los ha estado tomando durante 3 o más meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Inyección en la articulación (cortisona o viscosuplemento)?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Fecha de inyección? _____
Firmas		
Este formulario firmado y completado será parte del historial médico del paciente. Cuando se necesite un historial de tratamiento conservador, se debe proporcionar este formulario o toda la información solicitada en este documento.		
Paciente	Proveedor	