



WICHITA SURGICAL SPECIALISTS, P.A.

Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____

(Nombre del paciente)

(Fecha de nacimiento)

(Edad)

Patient Email: _____ Date: _____

(Correo Electrónico)

(Fecha de hoy)

Primary Doctor: _____ Referring Doctor: _____

(Doctor Primario)

(Referido por el Doctor)

Describe your main problem? (CC) _____

(Describe su problema médico principal)

Where is your problem located? _____

(¿En qué parte de su cuerpo, está el problema médico?)

Describe the quality of your problem? (sharp, cramping, stabbing, throbbing, hot, shooting, etc) _____

(Describe intensidad del problema médico) dolor fuerte / como calambres / punzante / palpitante / caliente

Rate the severity of the problem: (Circle) Mild > 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 < Severe

(¿Cómo clasificaría la gravedad del problema médico?)

How long have you had this problem? _____

(¿Hace cuánto tiempo tiene este problema médico?)

How often does this problem occur? (Daily, constant, intermittent, sporadic, frequent timing) _____

(¿Con cuanta frecuencia ocurre este problema médico?) constante/intermitente/esporádico/frecuente/en tiempo

Where were you/what were you doing at the onset of the problem? (Context) _____

(¿Dónde estaba cuando comenzó el problema? / ¿Que estaba haciendo?)

What medication or action was taken to change the signs/symptoms? Did that help? _____

(¿Que medicamento o acción tomo para cambiar los síntomas? ¿Esta acción le ayudo?)

Any associated signs/symptoms? (nausea, fever, radiating pain) _____

(¿Algún otro síntoma asociado o relacionado a su problema médico?) nausea, fiebre, dolor radiante

List previous Surgeries/Serious Injuries/hospitalizations and Dates

(Previas cirugías / lesiones graves/hospitalizaciones y fechas)

Patient Social History:

(Historial Social del Paciente)

Marital Status: Single Married Divorced Widowed
(Estado Marital) Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Use of Alcohol: Never Rarely Socially Daily
(Bebidas alcohólicas) Nunca Rara la vez Socialmente Diario

Use of Tobacco: Never Previously Quit Current packs per day _____
(Fumador o uso de Tabaco) Nunca Deje de fumar reciente Fumador cuantos paquetes por día

Occupation: _____ Full time/Part time Caffeine _____ cups/day
(Ocupación) Tiempo completo/medio Cafeína Tazas/día

Family Medical History:

(Historial Médico del Paciente Familiar)

Age/Edad

Health Problems/Enfermedad

If Deceased, Cause of death

(Vivo o si falleció: Causa de Muerte)

Father (Padre)	_____	_____	_____
Mother (Madre)	_____	_____	_____
Siblings (Hermano/a)	_____	_____	_____
Children (Hijo/a)	_____	_____	_____

Have you ever had the following?

(¿Alguna vez ha padecido alguna de estas?)

Diabetes Yes No

High Blood Pressure Yes No

(Alta presión sanguínea)

Cancer/Type Yes No

Stroke Yes No

(Derrame cerebral)

Heart Trouble Yes No

(Problemas de Corazón)

Arthritis Yes No

(Reumática)

Gout Yes No

(Gota)

Convulsion Yes No

(Convulsiones)

Bleeding Tendency Yes No

(Tendencia a sangrar)

Acute Infections Yes No

(Infecciones agudas)

Venereal Disease Yes No

(Enfermedad Venérea)

Hereditary Defects Yes No

(Algún defecto hereditario)

Difficulty Breathing Yes No

(Dificultad respiratoria)

Colonoscopy Mammogram

(Colonoscopia)

(Mamografía)

Year/ano: _____ Year/ano: _____

Current Medications, Dosage & Frequency:

(¿Que medicamentos esta tomando?)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Continue on the back if needed: Y/N

Continúe en la página de atrás de ser necesario

Allergies – medications, food, etc.:

(Alergias a medicamentos o comida)

1) _____

2) _____

3) _____