

Orthopaedic Associates of Riverside

Michael J. Hejna, M.D., PhD      Erling Ho, M.D.      Scott A. Seymour, M.D.      Nicolas Anderson, D.P.M      Amar A. Patel, M.D.

Patient Name/Nombre: \_\_\_\_\_      DOB/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Age/Edad: \_\_\_\_\_      Occupation/Trabajo: \_\_\_\_\_      Height/Altura: \_\_\_\_\_      Weight/Peso: \_\_\_\_\_

Reason for today's visit/Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

Duration of symptoms/Duración de los síntomas: \_\_\_\_\_      Allergies/Alergias: \_\_\_\_\_

Current Medications/Lista de Medicinas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alcohol Use/Usos de alcohol:    YES/SI    NO      Tobacco use/Fuma:    YES/SI    NO

Past Orthopaedic Problem(s)/Historial Ortopédicos \_\_\_\_\_

Previous Surgery/Historial de cirugía: \_\_\_\_\_

Family Medical History/Historial Médico familia: \_\_\_\_\_

Have you ever had any of the following/Ha tenido lo siguiente? (Marque todos los que apliquen)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heart Disease/Enfermedad del corazón                   | <input type="checkbox"/> Chemical Dependency/Dependencia química        | <input type="checkbox"/> Jaundice of Liver Disease/Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker/Marcapasos                                   | <input type="checkbox"/> Depression/Depresión                           |  |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure/Alta presión                       | <input type="checkbox"/> Sleep Apnea/Apnea del sueño                    | <input type="checkbox"/> Radiation Treatment/Tratamiento de radiación    |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS/VIH   | <input type="checkbox"/> Neuropathy/Neuropatía                          | <input type="checkbox"/> Cancer  |
| <input type="checkbox"/> Circulatory Problems/Problemas circulatorios           | <input type="checkbox"/> Respiratory Disease                            | <input type="checkbox"/> MRSA  |
| <input type="checkbox"/> Hemophilia   | <input type="checkbox"/> Asthma/Asma                                    | <input type="checkbox"/> Ulcer/Ulcera                                    |
| <input type="checkbox"/> Artificial Heart Valves/Válvula artificial del corazón | <input type="checkbox"/> COPD   | <input type="checkbox"/> Gout/Gota                                       |
| <input type="checkbox"/> High Cholesterol/Colesterol alto                       | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever/Fiebre reumática               | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Blood Clots/DVT/Coagulo de sangre                      | <input type="checkbox"/> Recent Weight Loss/Perdida de peso             | <input type="checkbox"/> RA/Artritis reumatoide                          |
| <input type="checkbox"/> Afib/Fibrilación auricular                             | <input type="checkbox"/> GI Bleeding/Sangrado gastrointestinal          | <input type="checkbox"/> Back Problems/Problemas de la espalda           |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy/Epilepsia                                     | <input type="checkbox"/> Acid Reflux/Reflujo ácido                      | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis                                  |
| <input type="checkbox"/> Stroke/Embolio   | <input type="checkbox"/> Recurrent UTIs/Infecciones del tracto urinario | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                                    |
| <input type="checkbox"/> Nervous Problems/Problemas del sistema nervioso        | <input type="checkbox"/> Chronic Diarrhea/Diarrea                       | <input type="checkbox"/> Joint Replacement/Reemplazo de la articulación  |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric Care/Atención psiquiátrica                 | <input type="checkbox"/> Hypothyroidism/Hipotiroidismo                  | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia                                    |
|   | <input type="checkbox"/> Kidney Disease/Enfermedad del riñón            | <input type="checkbox"/> Alcohol Abuse/Abuso de alcohol                  |
|   | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                      | <input type="checkbox"/> Drug Addiction/Drogadicción                     |

Signature of Patient or Guardian \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_