



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta
Children's Physician Group - Orthopaedics

FORMULARIO DE MEDICINA DEPORTIVA DR. MARSHALL
DR. MARSHALL SPORTS MEDICINE FORM

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

Fecha: _____
Date: _____

Nombre del Paciente: _____
Patient Name: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Date of Birth: _____ Age: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Deporte(s): _____
School: _____ Grade: _____ Sport (s): _____

Club: _____ Si es gimnasta, ¿en qué nivel? _____
Club: _____ If a gymnast, what level? _____

Médico remitente: _____
Referring physician: _____

¿Alergias a medicamentos? [] S [] N El paciente vive con: _____
Drug Allergies? Y N (Si responde sí, ¿a qué?) Patient lives with:
(IF yes, what?)

¿Enfermedades? _____ ¿Hermanos? _____ ¿Hermanas? _____
Medical Illnesses? Brothers? Sisters?

¿Operaciones anteriores? _____ ¿Medicamentos actuales? _____
Previous Surgery? Current Medications?

¿Suplementos nutricionales? (creatina, andro, proteína, etc): _____
Nutritional Supplements? (creatine, andro, protein, etc):

Historia familiar de (marque): [] Enfermedad del corazón [] Enfermedad neurológica [] Cáncer [] Artritis
Family History of (please check): Heart Disease Neurologic Disease Cancer Arthritis
[] Presión arterial alta [] Muerte súbita antes de los 40 años [] Síndrome de Marfans
High Blood Pressure Sudden death before age 40 Marfans Syndrome
[] Síndrome de QT largo
Long QT Syndrome

Información médica
Medical Information

Sí No
Yes No

- ¿Aumento o pérdida de peso sin explicación? Unexplained weight loss or gain?
¿Fiebre reciente (más de 100)? Recent fever (over 100)?
¿Eccema, erupciones o marcas de nacimiento? Eczema, rashes or birth marks?
¿Operación del ojo, anteojos o lentes de contacto? Eye surgery, glasses or contact lenses?
¿Soplos del corazón, dolor de pecho relacionado con el ejercicio o dificultad para respirar? Heart murmurs, exercise related chest pain or shortness of breath?
¿Asma, tos constante? Asthma, recurrent cough?
¿Dolor abdominal, vómitos o estreñimiento? Abdominal pain, vomiting, or constipation?
¿Riñón, infección de la vejiga o siente dolor al orinar? Kidney, bladder infection, or painful urination?



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta
Children's Physician Group - Orthopaedics

FORMULARIO DE MEDICINA DEPORTIVA DR. MARSHALL
DR. MARSHALL SPORTS MEDICINE FORM

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

¿Se ha lesionado esa parte del cuerpo antes? _____ ¿Cuándo? _____
Have you ever injured it before? _____ When? _____

¿Cómo? _____
How? _____

¿Cuál fue el tratamiento para la lesión anterior? _____
How was the previous injury treated? _____

¿Que acciones hacen que le duela? (correr, sentarse, lanzar, saltar, caerse, etc.):
What actions make it hurt? (running, sitting, throwing, jumping, tumbling, etc?):

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha _____ Hora _____
Parent/Guardian Signature: _____ Date _____ Time _____

Para uso de rayos X solamente
X-ray use only

2v shoulder R L
AP Pelvis

2v elbow R L
AP - frog leg hip R L

2v wrist R L
2v knee R L

Notch
Merchants

3v ankle R L
2v - 4v L S Spine

3v foot R L
Other: _____

2v tib/fib R L

Provider Signature: _____ Date _____ Time _____

Para uso de la oficina solamente:
Office Use Only

Dictation Job #: _____

Plan: PT MRI CT Concussion Testing F/U

Assessment: _____

Plan: _____

Provider Signature: _____ Date _____ Time _____



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta
Children's Physician Group - Orthopaedics

FORMULARIO DE MEDICINA DEPORTIVA DR. MARSHALL
DR. MARSHALL SPORTS MEDICINE FORM

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

Para uso de la clínica solamente (For in-clinic use only)

Temp	HR	RR	B/P	Wt (kg)	Ht (cm)	HC	O2 Sat
------	----	----	-----	---------	---------	----	--------

Pain Score	Pain Scale
------------	------------

Staff Signature: _____ Date: _____ Time: _____