



ANTECEDENTES / HISTORIAL MÉDICO

Para asegurarnos de que usted reciba una evaluación completa y exhaustiva, por favor proporcione la información importante en el siguiente formulario. Si usted no entiende una pregunta, deje el área en blanco y su terapeuta le asistirá. ¡Gracias!

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____ **Género:** M F **Edad:** _____

Usted actualmente: (por favor, escoja una opción)

Realiza su trabajo habitual sin restricciones. Incapaz de trabajar debido a su condición. Desde _____.
 Realiza su trabajo habitual con restricciones. Jubilado/desempleado/ama de casa. Estudiante

¿Cuál es la **razón principal** para la cita de hoy?: _____

Por favor, describa brevemente sus síntomas: _____

Fecha de inicio: _____ Duración: _____

¿Ha visitado alguna vez a un fisioterapeuta para este problema? SI NO

¿Actualmente está viendo alguno de los siguientes?

Médico (M.D.) Psiquiatra/Psicólogo Osteópata Fisioterapeuta Dentista Quiropráctico

Si usted ha visto cualquiera de los anteriores durante los últimos tres meses, por favor, describa por qué razón (enfermedad, condición médica, física, etc.): _____

Antecedentes Quirúrgicos (tipo y fecha):

¿Se le ha diagnosticado alguna vez alguna de las siguientes condiciones (marque todos los que correspondan)?

<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Vejiga/infección de las vías urinarias
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problema renal/infección
<input type="checkbox"/> Enfisema/ bronquitis	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Dependencia química
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Infección ósea o articular
<input type="checkbox"/> Otros problemas de artritis	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Enfermedad pélvica inflamatoria
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual/VIH
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<i>Si es así, describa qué tipo</i> _____
<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular (stroke)	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Embarazo pasado
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos	<i>Parto (seleccione):</i> Vaginal Cesárea
<input type="checkbox"/> Problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> Dolor torácico/Angina	<input type="checkbox"/> Embarazo actual: # de meses: _____
Otros: _____		

Indique si usted tiene algún tipo de alergias a medicamentos o látex: _____

¿Cuál de los siguientes medicamentos de venta libre ha tomado en la última semana?

<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Laxantes	<input type="checkbox"/> Naproxin/Aleve
<input type="checkbox"/> Tylenol	<input type="checkbox"/> Antiácidos	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> Advil / Motrin / Ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Vitaminas/suplementos minerales	

Por favor, enumere cualquier medicamento recetado que esté tomando actualmente (incluyendo píldoras, inyecciones y/o parches cutáneos):

¿Cuántas tazas de café o bebidas que contienen cafeína ingiere por día? _____

¿Cuántos paquetes de cigarrillos fumas al día? _____ ¿Cuántos días por semana ingiere alcohol? _____

Durante el último mes, ¿te has sentido deprimido o desesperado? SI____ NO____

Durante el último mes, ¿ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas? SI____ NO____

Si usted contestó sí a una o ambas de las dos preguntas anteriores, ¿le gustaría obtener ayuda? SI____ NO____ SI, pero no hoy____

¿Ha observado recientemente alguno de los siguientes (encierre en un círculo sí o no)?

SI NO Irregularidades en la vejiga

SI NO Náuseas/vómitos

SI NO Fatiga

SI NO Entumecimiento u hormigueo

SI NO Fiebre/escalofríos/ sudores

SI NO Caídas

SI NO Irregularidades menstruales

SI NO Pérdida de peso/ganancia

SI NO Sangrado rectal

¿Alguien en su familia inmediata (padres, hermanos/hermanas) ha sido tratado alguna vez por alguno de los siguientes?

__Diabetes

__Enfermedades cardíacas

__ Accidente Cerebrovascular (stroke)

__Tuberculosis

__Presión arterial alta

__Cáncer

__Problemas de tiroides

__Coágulos sanguíneos

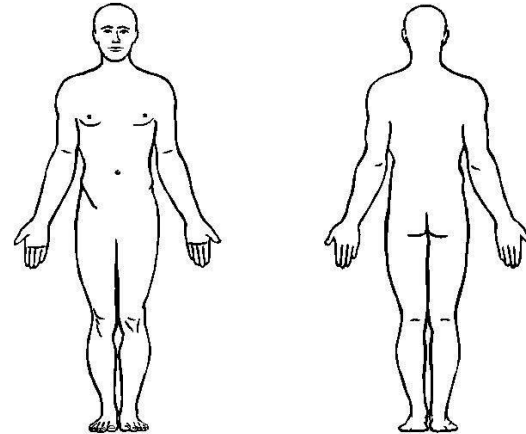
__Depresión

__Enfermedad mental

__Epilepsia

Mapa Corporal:

Por favor, marque las áreas donde usted siente los síntomas en el gráfico a la derecha con los siguientes símbolos para describir sus síntomas:



↓ Dolor Agudo ||| Entumecimiento

○ Dolor leve = Hormigueo

En la siguiente escala, por favor marque el número (0-10) que mejor representa la severidad de su dolor:

Nivel actual de dolor:

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor Extremo

Lo mejor en las últimas 48 horas:

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor Extremo

Lo peor en las últimas 48 horas:

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor Extremo

¿Cuál es su objetivo personal para la terapia? _____

¿formulario revisado con el paciente?
__SI __NO