



## 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)?

Problemas cardíacos

Problemas circulatorios

Vejiga/infección de las vías urinarias

Presión arterial alta

Asma

Problema renal/infección

Enfisema/ bronquitis

Problemas de tiroides

Dependencia química

Artritis reumatoide

Diabetes

Infección ósea o articular

Otros problemas de artritis

Esclerosis múltiple

Enfermedad pélvica inflamatoria

Epilepsia

Anemia

Enfermedad de transmisión sexual/VIH

Enfermedad pulmonar

Depresión

Cáncer

Hepatitis

Tuberculosis

*Si es así, describa qué tipo* \_\_\_\_\_

Accidente Cerebrovascular

Úlceras

Embarazo pasado

(stroke)

Osteoporosis

Coágulos sanguíneos

*Parto (seleccione):* Vaginal Cesárea

Problemas hepáticos

Dolor torácico/Angina

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?

Aspirina

Laxantes

Naproxin/Aleve

Tylenol

Antiácidos

Otros: \_\_\_\_\_

Advil / Motrin / Ibuprofeno

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

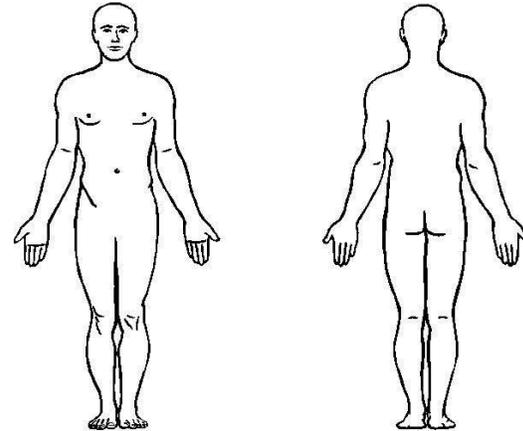
\_\_\_ Depresión

\_\_\_ 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