



HISTORIA MÉDICA

Bienvenidos a nuestra oficina. Para ayudarlo mejor en su rehabilitación, tenemos las siguientes preguntas. **Gracias por tomarse el tiempo de completar este informe.** Esta información es completamente confidencial y parte de nuestro record médico.

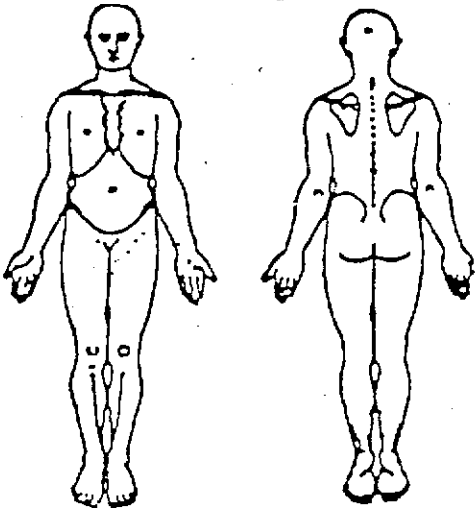
Nombre: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

¿Por qué razón necesita usted el servicio de fisioterapia?

¿Tiene dolor en este momento? Sí No

Por favor explique la localización del dolor usando los siguientes diagramas y símbolos.

X = dolor, O = cosquilleo, Δ = pulsante, > = quemadura.



¿Qué hace para que el dolor mejore?

¿Qué hace que el dolor empeore?

¿Su doctor le ha puesto restricciones para realizar alguna actividad? ¿Debe evitar alguna actividad específica?

Por favor marque si usted ha tenido:

- Artritis
- Esclerosis múltiple
- Herida a la cabeza
- Fracturas
- ¿Dónde? _____
- Distrofia muscular
- Lesión de la médula espinal
- Enfermedad de Parkinson
- Hipoglucemia
- Osteoporosis

- Convulsiones o epilepsia
- Diabetes
- Trastornos de la sangre
- Problemas de la tiroides
- Úlceras o problemas estomacales
- Problemas de circulación o vasculares
- Cáncer
- ¿Dónde? _____
- Enfermedades de la piel

- Depresión
- Problemas del corazón
- Enfermedades infecciosas (Ej. Hepatitis, tuberculosis)
- Hipertensión
- Problemas pulmonares
- Problemas renales
- Derrame cerebral
- Infecciones repetidas
- Implantes metales
- Otro: _____

¿Qué medicamentos está tomando en este momento?

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

¿Durante el año pasado, ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor del pecho | ¿Dónde? _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de la visión |
| <input type="checkbox"/> Dificultad durmiendo | <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> Debilidad en los brazos o las piernas |
| <input type="checkbox"/> Dificultad caminando | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Dolores nocturnos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Fiebre/frío |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas de oír | <input type="checkbox"/> Caídas |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Problemas de coordinación | <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Sube/bajo de peso | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolores articulares | | |

¿Ha tenido cirugía? Sí No
Escríbelas por favor e incluye las fechas

_____	Mes _____	Año _____
_____	Mes _____	Año _____
_____	Mes _____	Año _____

Tiene alguna historia de abuso: alcohólico sexual drogas

¿Tiene alergias? ¿Cuáles?

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

¿Cuándo tiene programada su próxima cita con su médico o doctor? _____

¿Se está tratando usted con alguien más para este problema? (ej. acupuntor, quiropráctico, etc.)

¿Existe un proceso legal debido a su condición médica en este momento? ¿Anteriormente? Por favor explique.

¿Está empleado/a? Sí No ¿Qué actividades realiza en su trabajo?

<input type="checkbox"/> Trabajo de escritorio	<input type="checkbox"/> Uso de computadora	<input type="checkbox"/> Levantar objetos
<input type="checkbox"/> Manejar	<input type="checkbox"/> Estar parado/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/> Algo más: _____

NIVEL FUNCIONAL (Verifique todo lo que aplica.)

Tiene dificultad con:

- Moviéndose en la cama
 Transferencias (moverse de la cama a la silla, moverse de la cama al inodoro)
 Caminando
 en suelo plano en rampas
 escaleras en terreno irregular
 La dificultad con el auto-cuidado (tal como bañarse, vestirse, comer, usar del baño)
 La dificultad en la casa (tal como las tareas de la casa, las compras, manejando)
 La dificultad con la comunidad y las actividades de trabajo
 trabajo/escuela
 la recreación