

NOMBRE: _____ ESTATURA: _____ PESO: _____

Describe el problema(s) para los que buscan terapia: _____

QUEJAS PRINCIPALES (marque todas las que correspondan)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> problemas de equilibrio | <input type="checkbox"/> Fatiga/mala resistencia | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Quema | <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad deficiente | <input type="checkbox"/> Problemas al respirar o Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar | <input type="checkbox"/> Rigidez articular | <input type="checkbox"/> Hormigueo |
| <input type="checkbox"/> dificultad con/actividades diarias | <input type="checkbox"/> Inflamación articular | <input type="checkbox"/> Úlcera, herida, u otra afección de la piel(s) |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Sencibilidad muscular | <input type="checkbox"/> Otros 1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Caída(s)/Historial de Caída(s) | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Otros 2: _____ |

Si hay dolor, especificar el tipo de dolor (marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de tobillo | <input type="checkbox"/> Dolor de pie | <input type="checkbox"/> Dolor de rodilla | <input type="checkbox"/> Dolor de hombro |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Dolor de manos | <input type="checkbox"/> Extremidad inferior/dolor de piernas | <input type="checkbox"/> La extremidad superior/dolor de brazo |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de cadera | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Dolor de muñeca |
| <input type="checkbox"/> Dolor de codo | <input type="checkbox"/> Dolor mandibular | <input type="checkbox"/> Dolor de costilla | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL SOLO

Cuando se hizo el actual problema(s) comenzar? (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____ Fecha de la lesión: _____ / _____ / _____

Describir la historia de la actual denuncia(s): _____

¿Cómo estás cuidando el actual problema(s) ahora? _____

Relacionado/Reciente Hospitalización?? SI / NO Fecha de Hospitalización: _____ / _____ / _____ Nombre del Hospital: _____

Me preocupa o tengo problemas con: (Marque todas las que correspondan)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Movilidad cama | <input type="checkbox"/> Realizar el tratamiento en el hogar | <input type="checkbox"/> Los movimientos repetitivos |
| <input type="checkbox"/> Subir escaleras | <input type="checkbox"/> (tareas domésticas, compras, cuidado de dependientes) | <input type="checkbox"/> (mano,brazo,hombro) |
| <input type="checkbox"/> Coordinación | <input type="checkbox"/> Realizar las responsabilidades del trabajo/ | <input type="checkbox"/> Sentado |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con el autocuidado | <input type="checkbox"/> actividades comunitarias (trabajo, escuela...) | <input type="checkbox"/> Pararme |
| <input type="checkbox"/> (bañarse, vestirse, ir al baño, etc.) | <input type="checkbox"/> Realizar deportes, recreación, actividades lúdicas | <input type="checkbox"/> Transferencias permanente (levantarse de una silla, cama..) |
| <input type="checkbox"/> Flexibilidad | <input type="checkbox"/> Llegando a sobrecarga | <input type="checkbox"/> Al Caminar |
| <input type="checkbox"/> Agarrar objetos, elevación | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

ASOCIADA A LA CIRUGIA-Ha tenido cirugía relacionada con este problema? Sí / No

Cirugía Asociada 1- Fecha: _____ / _____ / _____ Tipo de Cirugía: _____

Cirugía Asociada 2- Fecha: _____ / _____ / _____ Tipo de Cirugía: _____

Cirugía Asociada 3- Fecha: _____ / _____ / _____ Tipo de Cirugía: _____

ESCALA DEL DOLOR

Al considerar la cantidad de dolor que han tenido durante las últimas 24 horas, por favor, utilice las escalas siguientes para indicar su nivel de dolor. 0 significa SIN dolor, mientras que 10 es el peor dolor que pueda imaginar. La calificación de **MEJOR** indica el tiempo cuando haya tenido la de dolor, menor cantidad aunque lo **PEOR** es cuando el dolor ha sido muy intenso.

Califique su nivel de dolor 0-10: (Círculo número uno en cada escala de dolor)

MEJOR: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 PEOR: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 PRESENTE: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tolerancia/Hora:

Sentarse: _____ Parar: _____ Caminar: _____

Qué actividades empeorar sus síntomas? _____

Que actividad hace sus sintomas mejor? _____

Dificultades en el trabajo? _____ Dificultades con la vida diaria? _____

Dificultades con las actividades recreativas? _____

¿Alguna vez has sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las que correspondan)

- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor en la parte baja de la espalda | <input type="checkbox"/> Infecciones repetitivas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desarrollo/problemas de crecimiento | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón/MI | <input type="checkbox"/> Baja presión arterial | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Corazon enfermedad | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos/fracturas | <input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios | <input type="checkbox"/> Auditiva | <input type="checkbox"/> Muscular Distrofia | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Problemas del estómago/úlceras |
| <input type="checkbox"/> Circulación/ problemas vasculares | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Trazo |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> GERD (reflujo) | <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda/PE | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica | <input type="checkbox"/> Deterioro de la vision |
| | | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepatica | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

***RIESGO DE CAIDA**

Has caído en el último año? **Sí / No** En caso afirmativo, describa sus lesiones: _____

¿Sientes que están en riesgo de caídas en el futuro? **Sí / No**

WOMENS HEALTH-Hembras sólo completa

¿Alguna vez le han diagnosticado? (Marque todas las que correspondan)

- Embarazos complicados/entregas Endometriosis Enfermedad Inflamatoria Pélvica
- Problemas con tu período? Otras dificultades de obstetricia/ginecología

Esta embarazada? (Circule una respuesta) SI / NO / INSEGURA

HISTORIA QUIRURGICO- Si no hay ningún problema, compruebe aquí . De lo contrario complete lo siguiente:

¿Alguna vez has tenido una cirugía? SI / NO

Seleccione qué cirugías y escriba la fecha (mm/dd/aaaa): (Marque todas las que correspondan)

- Reparación/reconstrucción de ACL Cesárea Trasplante de Corazon Cirugía plástica
- Reparacion del tendon de Aquiles Cateterismo cardiaco Reparación de la Hernia Reparación del manguito de los rotadores
- Angioplastia Cirugías cardiacas Histerectomía de los rotadores
- La cirugía de la válvula aórtica La liberación del túnel carpiano El reemplazo de la articulación que conjunto? Esplenectomía
- Apendicectomía Colectectomía Traqueotomía
- Cirugía artroscópica- Chondroplasty Trasplante de riñón Resección transurethral de la próstata
- que conjunto? Cirugía del colon Cirugía Lapband
- Examen artroscópica- Colostomía Transplante de hígado Otro:
- Que conjunto? Derivación poplíteo femoral Tumorectomía
- Cirugía de Espalda Cirugía de la vesícula biliar Mastectomía
- Trasplante de médula ósea Cirugía de derivación gastric Cirugía del cuello
- Corrección de juanetes Cirugía de la mano Inserción del desfibrilador/Marcapasos
- Injerto de derivación de la arteria coronaria

¿Tiene usted alguna metales o plásticos en tu cuerpo? (Marque todas las que correspondan)

- Varillas Prendedores Grapas Las articulaciones artificiales Una herida de bala metal Marcapasos Ninguno Otro

ALERGIAS, MEDICAMENTOS, PRUEBAS:

¿Alguna vez ha tenido una alergia? (Marque todas las que correspondan)

- Productos alimenticios Medicacion Polvo Látex Ninguna Mascotas Polen Otro 1 Otro 2

Comentarios/Alergias:

MEDICAMENTO:

- ¿Está tomando algún medicamento recetado? (marque uno) SI / NO
- Estás tomando medicamentos que no necesitan receta médica? SI / NO
- Estás tomando medicamentos anticoagulantes? SI / NO
- Estás tomando algún medicamento para las úlceras? SI / NO

*Por favor completa lista de medicamentos en la última página.

OTROS ENSAYOS CLINICOS:

En el último año, ¿ha tenido usted alguna de las siguientes pruebas para este problema actual? (Marque todas las que correspondan)

- Angiograma Ecocardiograma Mielograma Rayos X
- Pruebas de sangre Electroencefalograma Velocidad de conducción nerviosa Otro:
- Prueba de la función pulmonar Electrocardiograma Frotis de Pap
- Tc Electromiograma Prueba de la función pulmonary
- Colonoscopia Mamografía Spinal Tap
- Ecografía Doppler Rm Prueba de Orina

En caso afirmativo, describa los resultados.

DIABETES- Si no es diabético, controle aquí .De lo contrario, complete lo siguiente:

- Diabetes Mellitus: (Marque una respuesta) Tipo 1 DMID (juvenil) DMNID (Adulto) Duración de la Diabetes (años)
- Control Actual: (Marque todas las que correspondan) Dieta Ejercicios Oral Insulina Otro:
- Condiciones médicas: (marque todas las que correspondan) MI CHF EPOC CABG HTN Retinopatía
- Revascularizada Deficiencia renal Menopausa -edad: Dialisis renal-Duracion (Meses)
- Otro:

EL ESTADO DE SALUD GENERAL

Por favor calificar su salud general (Marque una respuesta Excelente Muy Bueno Bueno Razonable Malo)

¿Ha notado cambios importantes en su vida durante el año pasado? (ej.: Nuevo bebé,cambio de trabajo, muerte de un miembro de la familia)? SI / NO

HÁBITOS DE SALUD SOCIAL

- Fumar
- Uso actual de tabaco? SI / NO Fecha que paro de usar Tabaco: El consumo de tabaco sin humo? SI / NO
- Nº de paquetes de cigarrillos por día Cigarros / tubos: por día Tabaco sin humo: # de masticar por día
- Uso de Tabaco en el pasado? SI / NO Si la respuesta es sí, el número de años del uso de tabaco tabaco

CAMBIO DE PESO

¿Ha experimentado recientemente algún cambio de peso? (Marque una respuesta) Aumento Disminuir Ningun cambio # de libras:

Tiempo de cambio de peso (Marque una respuesta): En días En semanas En Meses En años

ALCOHOL

¿Cuántos días a la semana ¿Bebe cerveza, vino u otras bebidas alcohólicas? Si Si una cerveza, un vaso de vino o un cóctel equivale a una bebida, cuántas bebidas ¿tiene usted en cualquier día medio?

Lista de Medicamentos, Medicamentos Sin Receta, Vitaminas, Hierbas, Etc.

<u>MEDICACIONES</u>	<u>DOSIS</u>	<u>FRECUENCIA</u>

Gracias por elegirnos como su equipo de Terapia Física!
Por favor, tome un momento y háganos saber cómo te enteraste de nosotros.

Nombre: _____
 Dirección de correo electrónico (**favor de imprimir**): _____
 Fecha de nombramiento: _____

¿Cómo te enteraste de nosotros? (**Marque todas las opciones que correspondan**):

- Paciente anterior
- Consultorio medico
- Familia/amigo A quién podemos agradecer la remission? _____
- Sitio web (www.Westernberkspt.com)
- Compañía de seguros especificados
- Signo exterior/unidad por
- Búsqueda en Internet (Google, Bing, Yelp, etc)
- Los medios de comunicación social
 - Facebook
 - Twitter
 - Pinterest
 - Instagram
- Folleto
- Libreta de teléfonos
- Tarjeta postal
- Youtube
- *Otro (Indique detalles): _____

GRACIAS POR AYUDARNOS A BRINDARLE UN MEJOR SERVICIO!