

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"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Sensación deteriorada | <input type="checkbox"/> Problemas Respiración / 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 de articulaciones | <input type="checkbox"/> Úlcera, herida u otra condición de la piel |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad muscular | <input type="checkbox"/> Otro 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 en el 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 en la mano | <input type="checkbox"/> Extremidad Inferior / Dolor en la Pierna | <input type="checkbox"/> Extremidad superior / dolor en el 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 en el codo | <input type="checkbox"/> Dolor de mandibula | <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 de la cama | <input type="checkbox"/> Realizar el tratamiento en el hogar (tareas domésticas, compras, cuidado de dependientes) | <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos de mano, brazo, debería. |
| <input type="checkbox"/> Escaleras de escalada | <input type="checkbox"/> Realizar las responsabilidades del trabajo/actividades comunitarias (trabajo, escuela...) | <input type="checkbox"/> Sentado |
| <input type="checkbox"/> Coordinación | <input type="checkbox"/> Realizar deportes, recreación, actividades lúdicas | <input type="checkbox"/> En pie |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con cuidado personal (bañarse, vestirse, ir al baño, etc.) | <input type="checkbox"/> Llegar a la cima | <input type="checkbox"/> Traslados (levantarse de una silla, cama ...) |
| <input type="checkbox"/> Flexibilidad | | <input type="checkbox"/> Para caminar |
| <input type="checkbox"/> Agarrando objetos levantando | | <input type="checkbox"/> Escribir/agarrar objetos con la (s) mano (s) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

ASOCIADA A LA CIRUGIA

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

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

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

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 empeoran sus síntomas? _____

Qué actividad hace sus síntomas 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"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales/úlceras |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desarrollo/crecimiento | <input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Dificultad de diligencia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de desorden de sangre | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipercolesteremia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos |
| <input type="checkbox"/> Huesos/fracturas fracturados | <input type="checkbox"/> Trastorno de la alimentación | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa | <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Celulitis | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón | <input type="checkbox"/> Desorden psiquiátrico | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hijo | <input type="checkbox"/> Infecciones repetidas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Convulsiones / epilepsia | _____ |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel | _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> Trazo/TIA | _____ |

***RIESGO DE CAIDA**

Has caído en el último año? **SI / NO** En caso afirmativo, describa sus lesiones: _____
 ¿Sientes que estás en riesgo de caídas en el futuro? **SI / NO**

WOMENS HEALTH- Hembras sólo completa

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Embarazos complicados/entregas | <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Pélvica | <input type="checkbox"/> Otras dificultades de obstetricia/ginecología |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Problemas con tu período? | 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)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ACL reparación / reconstrucción | <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Transplante de corazón | <input type="checkbox"/> Cirugía plástica |
| <input type="checkbox"/> Reparación del tendón de Aquiles | <input type="checkbox"/> Cateterización cardiaca | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | <input type="checkbox"/> Reparación del manguito de los rotadores |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Cirugías cardíacas | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Esplenectomía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de válvula aórtica | <input type="checkbox"/> Lanzamiento del túnel de Arpella | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación - que conjunto? _____ | <input type="checkbox"/> Traqueostomía |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Colectomía (extirpación de la vesícula biliar) | <input type="checkbox"/> Transplante de riñón | <input type="checkbox"/> Resección transuretral de próstata |
| <input type="checkbox"/> Examen ortotópico - que conjunto? _____ | <input type="checkbox"/> Condrioplastia | <input type="checkbox"/> Cirugía de banda | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía ortopédica - que conjunto? _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de colon | <input type="checkbox"/> Trasplante de hígado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda | <input type="checkbox"/> Colostomía | <input type="checkbox"/> Lumpectomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Transplante de médula osea | <input type="checkbox"/> Bypass poplíteo femoral | <input type="checkbox"/> Mastectomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bunionectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de vesícula biliar | <input type="checkbox"/> cirugía de cuello | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de revascularización coronaria | <input type="checkbox"/> Cirugía de banda gástrica | <input type="checkbox"/> Inserción de marcapasos / desfibrilador | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Cirugía de la mano | | _____ |

¿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 - Por favor completa lista de medicamentos en la última página

¿Está tomando algún medicamento recetado? (marque uno) **SÍ / NO**

Estás tomando medicamentos que no necesitan receta médica? **SI / NO** Medicamentos sin receta: _____

Estás tomando medicamentos anticoagulantes? **SI / NO** Medicamentos anticoagulantes: _____

Estás tomando algún medicamento para las úlceras? **SI / NO** Medicamentos para la úlcera: _____

NOMBRE: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS - Incluyendo medicamentos sin receta, vitaminas, hierbas, etc.

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

OTROS ENSAYOS CLINICOS

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

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angiogram | <input type="checkbox"/> Ecocardiograma | <input type="checkbox"/> Mielograma | <input type="checkbox"/> Rayos X |
| <input type="checkbox"/> Análisis de sangre | <input type="checkbox"/> EEG (Electroencefalograma) | <input type="checkbox"/> NCV (velocidad de conducción nerviosa) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiografía | <input type="checkbox"/> EKG (Electrocardiograma) | <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou | _____ |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> EMG (electromiograma) | <input type="checkbox"/> Prueba de función pulmonar | _____ |
| <input type="checkbox"/> CT Escaneo | <input type="checkbox"/> Mamograma | <input type="checkbox"/> Spinal Tap | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ultrasonido Doppler | <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> Examen 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? 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 N° 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 una cerveza, un vaso de vino o un cóctel es igual a una bebida, ¿cuántas bebidas toma en un día normal? _____

TENGA EN CUENTA: Las siguientes cuatro secciones incluyen INFORMACIÓN REQUERIDA.

INFORMACION DE EMPLEO DEL PACIENTE *NECESARIO

*Nombre _____
*Número de carnet de conducir _____ *Número de Seguridad Social _____
*Nombre del Empleador _____
*Dirección del Empleado _____
*Numero del Empleado _____

Parte Financieramente Responsable *NECESARIO

*Nombre _____
*Numero del Telefono _____

Información del Marido/Esposa *NECESARIO

*Nombre _____ *Financieramente Responsable? (Marque una respuesta) **SI / NO**
*Número de Seguridad Social _____ *Numero del Telefono _____
*Dirección _____ *Fecha de nacimiento _____

Información de empleo del Marido/Esposa *Si Eres Financieramente Responsable

*Nombre del *Empleador _____
*Dirección del Empleado _____
*Numero del Empleado _____

Disponibilidad de Horarios- Denos su disponibilidad para que podamos programar sus citas de manera efectiva.

¿Cuál es el mejor momento para tener una cita PT? (Por favor marque) **Por la Mañana** **Por la Tarde** **Por la Noche**

¿Tienes flexibilidad en tu horario? (Por favor marque) **Algunos** **Nunca**

*******IMPORTANTE*******

Debido a la limitación de las visitas para la terapia física, es muy importante que nos informen del NUMERO EXACTO de visitas utilizadas durante su período de beneficio para CUALQUIER TERAPIAS (físicos, ocupacionales, de salud en el hogar, o la quiropráctica). Si no está seguro de la cantidad exacta, por favor llame a su proveedor de terapia anterior para confirmar la cantidad e informe el número exacto a nosotros antes de su próxima visita. Este número afecta a pago/no pago de su tratamiento de su compañía de seguros. Una vez que el beneficio máximo ha sido alcanzado por su plan anual, las visitas más allá de lo que será su responsabilidad financiera.

_____ Sí, he tenido visitas. El número total es _____.
_____ No, no he tenido ninguna visita de este período de beneficio.

¿Está actualmente bajo el cuidado de un quiropráctico / otro proveedor de terapia (del habla, ocupacional, etc.) **__ Si __ No**
Su compañía de seguros no pagará varias terapias el mismo día. Si programa una cita el mismo día para "servicios similares", será financieramente responsable del pago de las tarifas no cubiertas.

*******AUTO PAGO*******

_____ Elijo AUTO-PAGAR. (Por favor inicial)

He elegido una opción de pago por cuenta propia y comprendo que si tengo beneficios de seguro, RENUNCIO a la presentación de la reclamación para las fechas de servicio en las que elegí la opción de pago por cuenta propia. No se puede procesar la facturación retroactiva a mi compañía de seguros en fechas de servicio anteriores.

Firma del Paciente y/o Tutor Legal (Junta)

Fecha