

## Hoja de afecciones e información médica del paciente

	<u>Afecciones existentes</u>	<u>Medicamentos recetados</u>	<u>Médico encargado del tratamiento</u>	<u>Therapist Initials</u>
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____

	<u>Liste las lesiones/cirugías hospitalizaciones anteriores y la fecha en que ocurrieron</u>	<u>Therapist Initials</u>
	_____ Fecha: _____	_____

	<u>Alergias/Reacciones adversas a los medicamentos:</u>	<u>Therapist Initials</u>
	_____	_____

**IV. Otras afecciones relacionadas**

Marque todo lo que aplica si tiene *antecedentes* de:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Convulsiones              | <input type="checkbox"/> Problemas del tiroides            | <input type="checkbox"/> Trastorno vascular/respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Marcapasos                        | <input type="checkbox"/> Mareos                          |
| <input type="checkbox"/> Alta presión cardíaca     | <input type="checkbox"/> Cambios intestinales/de la vejiga | <input type="checkbox"/> Anemia                          |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza crónicos        | <input type="checkbox"/> Caídas recientes                |
| <input type="checkbox"/> Trastorno cardíaco        | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicada       | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones     |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                    | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos/renales       | <input type="checkbox"/> Depresión                       |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide       | <input type="checkbox"/> Asma/Trastornos respiratorios     | <input type="checkbox"/> Glaucoma                        |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco           | <input type="checkbox"/> Trastorno nervioso                | <input type="checkbox"/> Problemas de deglución          |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis             | <input type="checkbox"/> Implantes metálicos               | <input type="checkbox"/> Trastornos/fracturas óseos      |
| <input type="checkbox"/> Está embarazada           | <input type="checkbox"/> Trastornos/fracturas óseos        | <input type="checkbox"/> Otras: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis              | <input type="checkbox"/> Hábito de fumar                   |  |
| <input type="checkbox"/> Gripe/fiebre presente     | <input type="checkbox"/> Hernia                            |  |

**Por medio de la presente certifico que sólo estoy tomando las medicinas aquí indicadas.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**A LA VUELTA**

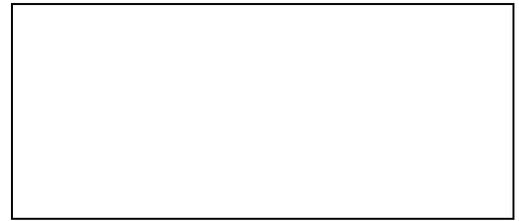
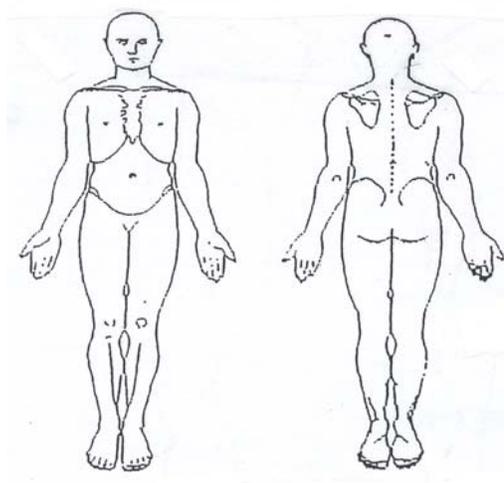
## INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Responsabilidades laborales: \_\_\_\_\_  
 Actividades de ocio: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Conteste concisamente cada pregunta:**

¿En qué fecha comenzó el problema? \_\_\_\_\_  
 ¿Se debió a una *lesión* o a una cirugía? (encierre una opción en un círculo)  
 ¿Cuál es la molestia principal que experimenta? \_\_\_\_\_  
 Indique brevemente cualquier tratamiento previo, si aplica: \_\_\_\_\_  
 ¿Experimenta adormecimiento y/o cosquilleo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
 Clasifique su dolor general diario: **(Sin dolor = 0)** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **(10 = el peor dolor posible)**  
 ¿Le despierta su dolor? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Si le despierta, ¿puede volver a conciliar el sueño fácilmente? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo es su dolor en las mañanas? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo es su dolor en las noches? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué empeora su dolor/síntomas? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué mejora su dolor/síntomas? \_\_\_\_\_  
 ¿Está tomando medicinas para este problema? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Si está tomando medicinas, indique cuales: \_\_\_\_\_  
 ¿Le han hecho radiografías, exámenes CAT, IRM u otras pruebas diagnósticas para su problema?  
 Sí (por favor liste): \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿Cuáles son sus metas en la terapia? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EN LAS ILUSTRACIONES OSCUREZCA LAS ÁREAS EN LAS QUE EXPERIMENTE DOLOR/SÍNTOMAS.**



**A LA VUELTA**