

Formulario de historial de salud

Nombre del paciente _____

Complete el siguiente cuestionario en inglés de la manera más completa posible. Tu opinión es muy importante. Esto le permite a su terapeuta diseñar un plan de tratamiento adecuado y seguro para usted.

Historia del caso

Fecha de inicio _____ Debido a _____

Describe brevemente tu problema _____

Tendencia de síntomas reciente:

- Mejor Peor Mismo

Diagnóstico por imágenes (marque todo lo que corresponda)

- radiografía Resonancia magnética
 Tomografía computarizada EMG/NCVS

Resultados si se conocen _____

Cirugía sí no fecha _____

Cirugía realizada _____

Ocupación _____

- Estado actual Tiempo completo Tiempo parcial
 Retirado

Comportamiento del dolor

- Deber normal Trabajo ligero

Frecuencia de dolor:

- Constante Intermitente (diario)
 Ocasional (< diario) Esporádico (< semanal)

Calificación del dolor en una escala de 0 a 10

(0 = sin dolor, 10 = peor dolor imaginable)

¿Qué es lo peor que se pone tu dolor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué es lo mejor que obtiene tu dolor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuál es tu dolor actualmente? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿La hora del día afecta sus síntomas? sí no

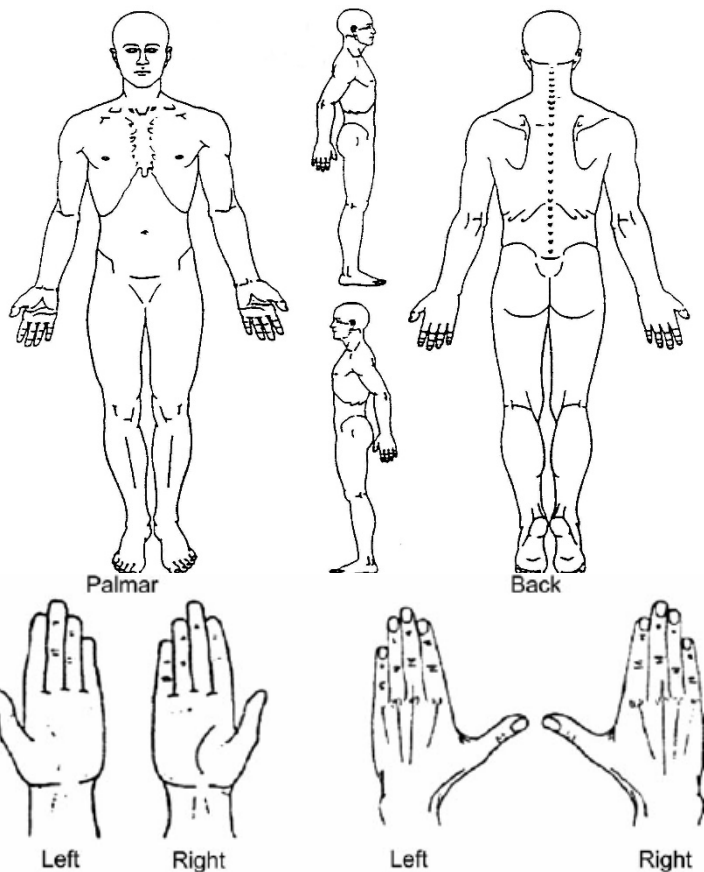
¿Qué actividades te hacen peor? _____

Diagrama de cuerpo

¿Algún tratamiento reciente ha sido útil? _____

¿Ha recibido terapia en el pasado para este problema?

Sombree las áreas de dolor, use XXX para indicar áreas



Otra Historia

Lesiones o cirugías previas relevantes para su problema?

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia?

Historial médico

Actualmente tengo, O tengo un historial de: (marque todo lo que corresponda)

- Enfermedad del corazón Alta presión sanguínea Cáncer Diabetes
- Epilepsia / convulsiones Problemas tiroideos Golpe Artritis
- Depresión ansiedad Osteoporosis Fibromialgia EPOC / asma
- Mareos / caídas Problemas de intestino / vejiga Migrañas Mala circulación
- Hepatitis Desorden autoinmune

Comentario _____

- ¿Fuma o usa productos de tabaco? sí no
- ¿Tienes un marcapasos? sí no
- ¿Está embarazada o puede estarlo? sí no
- En los últimos 3 meses ha experimentado cualquier cambio importante en su salud? sí no

Medicamentos y alergias

Nombre de la medicación	Razón de la medicación

¿Alguna alergia conocida a medicamentos o alergias a materiales (como el látex)?

- _____
- _____

Autorización para tratamiento

Autorizo a los terapeutas de ReBound PT, OT & Hand Therapy a administrar el tratamiento prescrito y considerado terapéuticamente necesario durante el curso del tratamiento. La información proporcionada es precisa a mi leal saber y entender.

Firma _____ Fecha _____