

# Forma Médica De la Información



Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Numero de seguro social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Genero: M F    Edad: \_\_\_\_\_  
Fumar: Y N    Embarazada: Y N  
Occupacion: \_\_\_\_\_  
Describe su ejercicio progamma regular: \_\_\_\_\_

**Historia Quirurgico Previa (los todos y las fechas):**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Escribe todas medicaciones actuales:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Tiene unos rayos-X, IRM (MRI), o otros imagenes?**

**Historia Clinica Previa: Por favor circulo cada condicion que tiene ahora o en el pasado:**

Cancer      Diabetes      Enfermedad del rinon      Enfermedad de higado      Apoplejia  
 Presion alta      Cardiopatias      Angina/Dolor del pecho      Ulceras      Fibromialgia  
 Osteoporosis      Osteoartritis      Artritis Reumatoidea      Enfermedad Transmitida Sexual  
 Alergias/Asma      Enfermedad de los pulmones      Ha tenido recesientemente una enfermedad (explique)?

Ud toma aspirina? Si No      Alergico a latex? Si No Otra:  
 ¿Durante el último mes, sintiéndose le a menudo ha incomodado abajo, presionado, o desesperado? SI NO  
 ¿Durante el último mes, poco interés o placer en hacer le a menudo ha incomodado cosas? SI NO

**Yo tengo actualmente:**      Fiebre/frio/sudores      balance pobre (caidas)      Perdida de peso  
 Insensibilidad o se siente hormigueo      Cambios de apetito      Deglucion dificil      Depresion  
 Falto de respiracion      Mareado      Dolor de cabeza      Cambios de la funcion intestino o vejiga  
 Nausea /Manifestacion de vomitos      Aumento dolor por la noche

**SINTOMAS ACTUALMENTE**

¿ En donde ud tiene los sintomas ahora? \_\_\_\_\_  
 ¿ Que fecha empezo su dolor? \_\_\_\_\_  
 ¿ Como (gradualmente, de repente, herida)? \_\_\_\_\_  
 Mis sintomas son : **Mejor / El mismo / Peor**  
 ¿ Ha recibido tratamiento para estas sintomas? \_\_\_\_\_  
 Ha tenido esta problema antes: **SI / NO**  
 Si si, ¿ como fue el problema tratado? \_\_\_\_\_  
 ¿ Cuanto setardo sentirse mejor? \_\_\_\_\_  
 ¿ Duerme bien generalmente?    Bastante bien     Dificil    Solamente con medicacion   
 ¿ Cual es su meta personal de terapia fisico? \_\_\_\_\_  
 ¿ Tiene dificultades en aprender?

**CONSENTO:** Yo entiendo que mi diagnosis & plan de tratimientto discutira durante mi cita y yo tengo el derecho a preguntar y/o se nega tratimientto ha ofrecido. \_\_\_\_\_ (Firma)

En las escalas abajo, circunde por favor el número que representa lo más mejor posible la severidad de su dolor es.

Promedio :

No Dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Emergencia

Mejor :

No Dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Emergencia

Peor :

No Dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Emergencia

Si tiene terapia física para dolor de cabeza: Por favor completa: (si no, ignore y continua)

Intensidad de dolor(1-10/10)\_\_\_\_\_Duracion de dolor de cabeza\_\_\_\_\_ (dias/horas) Frecuencia\_\_\_\_\_ veces/  
semana/día

Que causa su sintomas que sean mejor? \_\_\_\_\_

Circunde por favor las actividades que hacen su dolor peor: sentada

el acostarse

para estar parado

el caminar

estres

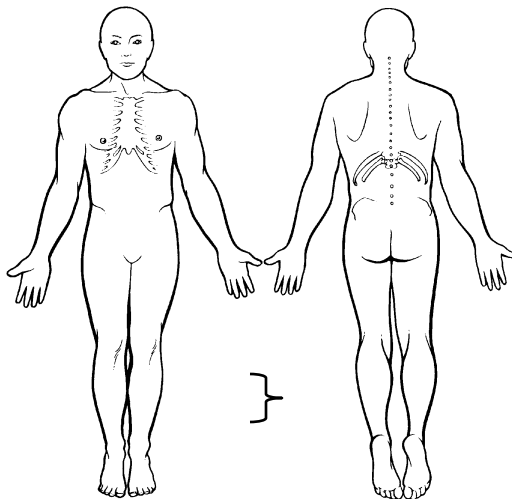
¿Otras actividades que hagan su dolor peor?

Enumere la hora mejor y peor para sus síntomas: Mejor-  
Peor-

Carta Del

Cuerpo:

Marque por favor las áreas donde usted siente dolor en la carta a la derecha



P1:

Agg:

Ease

P2:

Agg

Ease

P3:

Agg

Ease

NOMBRE: \_\_\_\_\_

**For the therapist**

- + / - Cough/Sneeze
- + / - Saddle Anesth.
- + / - Bwl/BlDDR Chnge
- + / - Numb/Ting.