



Patient Medical History

Nombre(Name): _____ Edad (Age) : _____ Fecha de la próxima visita con su médico __/__/__
Médico quien le refirió (Referring Provider): _____ Diagnósis: _____
Su preocupación principal: _____

¿ Está actualmente trabajando?(Working?) Sí No ¿Cuál es / era su trabajo? _____

Empleador (Employer): _____ Número: _____

¿Está usted solicitando o presentando una apelación para beneficios de incapacidad? Sí No (Disability Appeal?)

¿Era su lesión consecuencia de un accidente automovilístico? Sí No (Automobile accident?)

¿Es la lesión relacionada con el trabajo? Sí No (Work-Related?) Fecha de la lesión: __/__/__

¿Hay un abogado involucrado? Sí No (Lawyer involved?)

¿Está solicitando beneficios de incapacidad? Sí No (Disability)

¿Está recibiendo *Home Health*? Sí No (Using Home Health?)

¿Quién es su médico de atención primaria?(PCP?) : _____

¿Cuándo fue la última vez que vio a él / ella? (Last visit?) _____

Please check any of the following whose care you are under: Fisioterapeuta
 Quiropráctico Psiquiatra / Psicólogo Médico / Osteópata Otro: _____

Ud. haya, por alguna razón, recibido fisioterapia ambulatoria este año calendario? Sí No

Sí- Aproximadamente cuántas visitas? _____

¿Ha tenido alguna de las siguientes pruebas para esta condición?: (Por favor, indique la fecha):

Rayos X(X-Ray) _____ IRM (MRI) _____ TAC (CAT scan) _____ Gammagrafía ósea (Bone Scan) _____ Prueba

Musculoso o de los nervios (Muscle/Nerve Test) _____ Otro _____

Por favor anote cuales cirugías (paciente hospitalizado / ambulatorio) y todas las condiciones para las que han sido hospitalizadas y las fechas: (Surgeries and hospitalizations)

_____/_____/____ _____/_____/____
_____/_____/____ _____/_____/____

¿Está siendo tratado por un médico para cualquier trastorno relacionado con el corazón? Sí No (Treatment HD?)

Si es así, ¿cuál fue el diagnóstico? _____

Mujeres: ¿Está usted embarazada o cree que podría estar embarazada? Sí No (Pregnant or possibly pregnant?)

¿Cuántos días a la semana consume alcohol? _____ (How many days a week do you drink alcohol?)

Si un trago equivale a una cerveza o una copa de vino ¿cuánto se bebe a la vez, en promedio? _____ (Average sitting?)

¿Usted fuma? (Smoke?) Sí No Sí- ¿Cuánto por día? _____

¿Ha tenido una caída en el último año? Sí No Sí – ¿Cuántas caídas? _____

¿Estaba lastimado? Sí- Por favor describa: _____

Therapists: if screen indicates potential fall risk, please include in your exam components looking at balance, strength, and gait training/instructions, etc.

¿Cuál de los siguientes medicamentos de venta libre ha tomado en la última semana? Círculo todo lo que corresponda (OTC Meds):

Aspirina

Tylenol

Aleve

Antiácido

Advil/Motrin/Ibuprofeno

Antihistamínicos Descongestionantes Laxantes Vitaminas / Minerales

Otros: Por favor especifique _____

Por favor, indique todos los medicamentos con receta que está tomando (incluyendo píldoras, inyecciones, y / o parches) (Prescription Meds):

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

¿Se le ha diagnosticado alguna vez con alguna de las siguientes condiciones? Círculo todas las que correspondan (Diagnosed conditions)

Convulsiones/Epilepsia	Cáncer	Diabetes	Problemas de la vista/audición
Dolores de Cabeza	Migrañas	Osteoporosis	Incontinencia urinaria / fecal
Presión Arterial Alta	Problemas del corazón	Marcapasos	Artritis reumatoide
Hepatitis	Anemia	Tuberculosis	Enfisema / Bronquitis
Derrame cerebral/ AIT	Problemas para dormir	Depresión	Pérdida de peso/energía
Asma	Deshidratación	Enfermedad de Parkinson	Dependencia Química
Problemas de la tiroides	Esclerosis múltiple	Gota	Problemas de circulación
Cirugía ortopédica	La enfermedad de Alzheimer	Other: _____	

¿Ha observado recientemente?:

La pérdida/ganancia de peso	___ Sí ___ No	Debilidad	___ Sí ___ No
Náuseas/Vómitos	___ Sí ___ No	Fiebre/Escalofríos/Sudores	___ Sí ___ No
Mareos	___ Sí ___ No	Entumecimiento u hormigueo	___ Sí ___ No
Fatiga	___ Sí ___ No	Dolor en la noche	___ Sí ___ No

Indique sus metas para la terapia física (PT goals): _____

Escala de Dolor- Por favor, ordene su escala de dolor de 0 a 10. Cero es libre de dolor, 10 es el peor dolor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Peor

Qué agrava su dolor? Por favor marque todo lo que corresponda (Aggravates pain?).

Estar sentado	Estar de pie	Levantamiento	Levantarse de estar sentad	Escaleras	Cuclillas
Vestirse	Correr	Conducir	Mirar hacia arriba o hacia abajo	Estrés	Tos/Estornudo
Caminar	Estar acostado	Doblar	Actividad mientras alcanza arriba	Girar la cabeza	

Otro: _____

Qué alivia su dolor? Por favor marque todo lo que corresponda (Eases pain?).

Descanso	Hielo	Cambiar de posición
Medicamentos	Calor	Otro: _____

Por la presente declaro que la información arriba es correcta y verdadera a lo mejor de mi conocimiento.

_____ Fecha: ___/___/___

Firma del Paciente o Tutor

Reviewed by Therapist: _____ Date: ___/___/___