

Cuestionario de Historial Medico

El propósito de este cuestionario es para ayudarnos a entender mejor su estado de salud. Por favor complete esta forma y su terapeuta le responderá cualquier pregunta durante su examen. Esta forma se considera parte de su expediente medico.

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Medico Referente: _____	Medico De Familia: _____
Contacto de Emergencia: _____	Teléfono: _____ Cell: _____
Fecha de ultimo chequeo de Salud General: _____	Ocupación: _____
Ultima fecha de trabajo debido a esta lesión: _____	Fecha de cuando regreso al trabajo después de esta lesión: _____
¿Ha tenido cirugía por esta lesión? _____	Tipo de cirugía y fecha: _____
¿Esta un abogado involucrado es este caso? _____	Nombre del Abogado: _____

Dolor (dibuje una línea vertical donde usted piense que esta la intensidad de su dolor) 0-----5-----10

Mi dolor puede describirse así: (circule todos los que aplican):

No Hay Dolor
Dolor Máximo que Tolero

Constante Intermittente Agudo Leve Doloroso Punzante Entumido Picar/Pinchar

¿Esta tomando algún medicamento recetado por un medico o sin receta?

Anti-inflamatorios Relajadores de Músculos Medicamento para Dolor: Otros: _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes cuidados Médicos o Cuidado Rehabilitativo para esta Lesión/Episodio? ¿Si es así, Cuando?

		SI	NO			SI	NO
Quiropráctico		_____	_____	CT Scan		_____	_____
Medico General		_____	_____	EMG/NCV		_____	_____
Terapia Ocupacional		_____	_____	MRI		_____	_____
Terapia Física		_____	_____	Myelograma		_____	_____
Masoterapia		_____	_____	Rayos X		_____	_____
Neurólogo		_____	_____	Cuidado en el Cuarto de Emergencia		_____	_____
Ortopédico		_____	_____	Podólogo		_____	_____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

	SI	NO		SI	NO
Asma, Bronquitis, o Enfisema	_____	_____	Dolores de Cabeza Severos o Frecuentes	_____	_____
Falta de Aire/Dolor en el Pecho	_____	_____	Dificultad en Visión o Audición	_____	_____
Enfermedad Cardíaca Coronaria/Angina	_____	_____	Entumecimiento o Hormigueo	_____	_____
¿Tiene un marcapasos?	_____	_____	Mareos o Desmayos	_____	_____
Hipertensión (Alta presión)	_____	_____	Debilidad	_____	_____
Ataque de Corazón/Cirugía de Corazón	_____	_____	Perdida de Peso/Perdida de Energía	_____	_____
Coágulos Sanguíneos/Embolios	_____	_____	Hernia	_____	_____
Apoplejía/TIA	_____	_____	Epilepsia/Ataque	_____	_____
Alergias	_____	_____	Problemas con Tiroides/Bocio	_____	_____
Implantes de Metal	_____	_____	Incontinencia	_____	_____
Remplazamiento de Articulaciones	_____	_____	Problemas con Evacuaciones o Vejiga	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Lesión de Cuello/Cirugía	_____	_____
Enfermedades Infecciosas	_____	_____	Lesión de Hombro/Cirugía	_____	_____
Cáncer/Quimioterapia/Radiación	_____	_____	Lesión de Codo/Mano/Cirugía	_____	_____
Artritis/Articulaciones Hinchadas	_____	_____	Lesión de Espalda/Cirugía	_____	_____
Osteoporosis	_____	_____	Lesión de Rodilla/Cirugía	_____	_____
Problemas/Dificultad para Dormir	_____	_____	Lesión de Pierna/Tobillo/Cirugía	_____	_____
¿Usted Fuma?	_____	_____	Esclerosis Múltiple/Parkinson's	_____	_____
Sensible al Látex/Alergia	_____	_____			
<u>Solamente para Mujeres:</u>	SI	NO		SI	NO
Enfermedad Inflamatoria del Pelvis	_____	_____	Endometriosis	_____	_____
Menstruación Irregular	_____	_____	Incontinencia (urinaria/fecal)	_____	_____
¿Embarazos/Partos Complicados?	_____	_____	¿Esta embarazada?	_____	_____

Firma del Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Iniciales del Trapista: _____ Fecha: _____