

Cuestionario del Historial Medico

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
edad: _____

¿Es esta Lastimadura relacionado con un accidente de auto? Si No

¿Pasó esta lastimadura en el trabajo? Si No

¿Tiene usted un reclamo de compensación laboral abierto? Si No

Soy: Hombre Mujer

Vivo: Solo/a Solo/a pero con asistencia para mis necesidades
 con un Adulto Con niños en casa, edades _____

Actualmente estoy: Empleado/a; mi trabajo es _____
 estoy con licencia por enfermedad estoy desabilitado/a Aplicando para
desabilite Estoy desempleado/a Estoy Jubilado/a Trabajo desde casa

Mis actividades físicas incluyen:

- leer, ver television
- Caminar, Jardineria, trabajo de la casa, ejercicio físico ocasional
- El ejercicio físico regular, al menos dos veces por semana

Empese a tener dolor/sintomas en/o alrededor de : ____ / ____ / ____

He tenido esta condicion: Nunca hasta ahora Una vez varias veces antes

Mi dolor/sintomas fueron causados por(marque todo lo que corresponda):

- Accidente o Lastimadura Explicar: _____
- una Cirugia Explicar: _____
Fecha de Cirugia: ____ / ____ / ____
- De repente sin razon alguna
- Poco a poco, empeorando con el tiempo
- Debido a un cambio o aumento en la actividad
- No se

Mis sintomas al momento estan: Mejorando Empeorando Igual

Que es lo que empeora sus sintomas(marque todas las que corresponden):

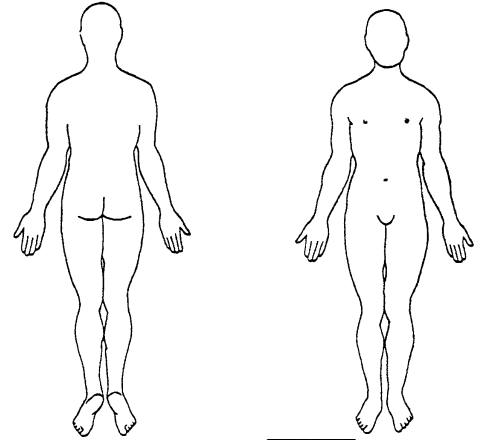
- Acostarse Estar de pie Caminar Estar Sentado/a Estres
- Otro: _____

Que hace sus sintomas mejor: _____

Diagrama del Cuerpo:

En el graphico de la derecha, por favor marque las areas
Donde usted siente los sintomas, utilizando los
Siguietes simbolos:

- ↓ **Punzante/Dolor agudo**
- **Dolor sordo/ adolorido**
- ||| **Entumido/ Adormecido**
- = **Hormigueo**



Yo diria que mi dolor al momento es:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Nada) (Molesto/ Latoso) (Incomodo) (Horrible) (Insoportable)

El **MENOS** dolor que he sentido en **LA ULTIMA SEMANA** es:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Nada) (Molesto/Latoso) (Incomodo) (Horrible) (Insoportable)

El **PEOR** dolor que he sentido en **LA ULTIMA SEMANA** es :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Nada) (Molesto/Latoso) (Incomodo) (Horrible) (Insoportable)

Actualmente estoy tomando los siguientes medicamentos (marque todas las que apliquen):

- Pastillas para el dolor
- medicamentos antiinflamatorios
- Relajante musculares
- Antidepresivos
- Anticoagulantes
- Por favor escriba su medicamento(s) o ajunte una lista:

Alergias: _____

He tenido estos analisis realizados recientemente:

- Ninguno
- Radiographia
- MRI (Resonancia Magnetica)
- CAT Scan(tomographia axial computarizada)
- Ultrasonido
- Otro: _____

Por favor describa cualquier resultado: _____

He tenido estos tratamientos por cualquier razon:

- Terapia Fisica
- Terapia Ocupacional
- Cuidado Quiropractico
- Otro: _____
- None

Cirugia anteriores: _____

Recientemente he tenido los siguientes sintomas(marque todas las que apliquen):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> rigidez (tieso) | <input type="checkbox"/> falta de aliento | <input type="checkbox"/> debilidad muscular |
| <input type="checkbox"/> hinchazon | <input type="checkbox"/> fiebre / escalofrios / sudores | <input type="checkbox"/> espasmos |
| <input type="checkbox"/> dolor irridiante hacia los brazos | <input type="checkbox"/> mareo | <input type="checkbox"/> dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> dolor irridiante hacia los pies | <input type="checkbox"/> inexplicado perdida/aumento de peso | <input type="checkbox"/> desmayo |
| <input type="checkbox"/> falta de fuerza/torpeza en las manos | <input type="checkbox"/> Acidez/indigestion | <input type="checkbox"/> fatiguez |
| <input type="checkbox"/> falta de fuerza/torpeza en los pies | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza recurrentes | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> dificultad en mantener el equilibrio al caminar | <input type="checkbox"/> dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> Caidas |
| <input type="checkbox"/> aumento del dolor en la noche | <input type="checkbox"/> adormecimiento /hormiguelo | <input type="checkbox"/> nausea / vomito |
| <input type="checkbox"/> Cambios del intestino/ vejiga | <input type="checkbox"/> confusion | <input type="checkbox"/> Cambios en la piel |

Tengo /o he tenido (marque todas las que apliquen):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> depresion /ansiedad | <input type="checkbox"/> problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> artritis | <input type="checkbox"/> artritis reumatode | <input type="checkbox"/> osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> convulsiones | <input type="checkbox"/> coagulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> enfermedades/condicion de Corazon | <input type="checkbox"/> problemas de pulmon | <input type="checkbox"/> abuso de |
| drogas/alcohol | | |
| <input type="checkbox"/> dolor de pecho / angina | <input type="checkbox"/> implantes de plastic/metal | <input type="checkbox"/> ataque fulminante |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> problemas de higado | <input type="checkbox"/> marcapasos |
| <input type="checkbox"/> problemas de circulacion | <input type="checkbox"/> ulceras | <input type="checkbox"/> fibromalacia |
| <input type="checkbox"/> problemas de la vejiga/ rinion | <input type="checkbox"/> problemas gyn | |

otro _____

Hipertension /alta presion (Si es asi,esta bien controlada) si no no se

diabetis (Si es asi, esta bien controlada) si no no se

Fuma? Si no **antes fumaba?** Si no **esta embarazada** si no

Durante el ultimo mes, frecuentemente, ha tenido poco interes o placer en hacer las cosas que le gusta?

si No

Durante el ultimo mes, con frecuencia, se has sentido triste, deprimido o sin esperanza? Si No

Si es asi, es algo con cual usted quisiera ayuda? Si, pero no hoy Si No

Alguna vez se sentido inseguro en su casa o alguien te golpea o ha tratado de lastimarte en alguna manera?

Si No

Con que actividades estas teniendo dificultades para hacer, debido a su dolor o disfuncion ? -

Que es su objetivo personal para la terapia?

Hay alguna otra informacion o preocupaciones que le gustaria compartir con su terapeuta?

Nombre del paciente (molde): _____

Fecha: _____

Paciente/ tutor/a legal (firma): _____

Para nuestros pacientes: Aunque muchas de estas preguntas puede parecer no relevante para su visita de hoy, le pedimos que se comunique con nosotros acerca de los síntomas o la historia que tiene, ya que esta información puede ser de gran ayuda para determinar si el tratamiento está indicado, y en qué medida puede ser de ayuda. E

incluso si el proveedor tiene conocimiento de un síntoma o enfermedad, por favor, háganos saber de ello, y también si se ha producido un empeoramiento en los últimos tiempos. Un aspecto importante del tratamiento de las lesiones musculoesqueléticas se proyectarán para otras condiciones y factores que pueden jugar un papel en los síntomas, lo que nos ayuda a proporcionar intervenciones eficaces, y para ser defensores de su bienestar general y su salud.

Para uso del terapeuta:

Self reported or functional index score: _____/_____
Oswestry Cervical Index DASH LEFS UEFI FABQ FAAM Other: _____

Therapist signature

Date