

El proposito de este cuestionario es para ayudarnos a comprender y llevar un registro exacto de su estado de salud. Por favor complete este formulario y su terapeuta le respondera cualquier pregunta durante su evaluacion. Esta forma se considera parte de su expediente medico.

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento/Edad:** _____

Ultimo Dia de Trabajo Por Lesion: _____ **Dia de Regreso al Trabajo Despues de Lesion:** _____

Ha tenido cirugia por esta lesion? SI / NO Fecha y tipo de cirugia: _____
 (Por favor circule uno)

Indice de Masa Corporal: **Peso:** _____ **Ibs. Estatura:** _____

Indice de Incapacidad por el Dolor: 0-10 (0 No discapacidad, 10: Discapacidad total)

- Familia/Responsabilidad en el Hogar: _____
- Comportamiento Sexual: _____
- Recreacion: _____
- Autocuidado: _____
- Actividades Sociales: _____
- Actividad de la Vida Cotidiana: _____
- Ocupacion: _____

Mi dolor se puede describer como: (circule todos los que correspondan)

Constante Intermittente Agudo Ardor Puñalada Entumecimiento Alfileres/Agujas

¿Actualmente está tomando medicamentos recetados o sin receta? (por favor circule) SÍ / NO

Anti Inflamatorio Relajante Muscular Medicamentos para el Dolor Otros _____

Ha tenido alguno de los siguientes cuidados medicos o rehabilitacion para esta lesion/ episodio?

	SI	NO		SI	NO
Medico Clinico	_____	_____	CT Scan	_____	_____
Quiropractico	_____	_____	EMG/NCV	_____	_____
Terapia Ocupacional	_____	_____	MRI	_____	_____
Fisioterapia	_____	_____	Myelogram	_____	_____
Terapia de Masaje	_____	_____	Rayos-X	_____	_____
Neurologo	_____	_____	Cuarto de Emergencia	_____	_____
Ortopedista	_____	_____	Podologo	_____	_____

Actualmente, tiene o ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes?

	SI	NO		SI	NO
Asma, Bronquitis, o Enfisema	_____	_____	Dolores de Cabeza Intensos o Frecuente	_____	_____
Falta de Aliento/ Dolor en el Pecho	_____	_____	Dificultad de visión o audición	_____	_____
Enfermedad Coronaria o Angina	_____	_____	Entumecimiento o Hormigueo	_____	_____
Tiene un Marcapasos?	_____	_____	Mareo o Desmayos	_____	_____
Presion alta	_____	_____	Debilidad	_____	_____
Ataque al Corazon, Cirugia del Corazon	_____	_____	Perdidad de Peso/ de Energia	_____	_____
Coagulo de Sangre/ Embolio	_____	_____	Hernia	_____	_____
Derrame/AIT	_____	_____	Epilepsia/ Convulsiones	_____	_____
Alergias	_____	_____	Problemas de la Tiroides/ Bocio	_____	_____
Pines/ Implantes Metalicos	_____	_____	Incontinencia (urinaria/fecal)	_____	_____
Reemplazo de Articulacion (Cualquier)	_____	_____	Lesion en el Cuello/ Cirugia	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Lesion en el Hombro/ Cirugia	_____	_____
Enfermedades Infecciosas	_____	_____	Lesion en el Codo/mano/ Cirugia	_____	_____
Cancer/ Quimioterapia/ Radioterapia	_____	_____	Lesion en la Espalda/ Cirugia	_____	_____
Artritis/ Articulaciones Inflamadas	_____	_____	Lesion en la Rodilla/ Cirugia	_____	_____
Osteoporosis	_____	_____	Lesion en Piernas/ Tobillos/ Pie/ Cirugia	_____	_____
Problemas para Dormir/ Dificultad	_____	_____	Esclerosis Multiple / Parkinson's	_____	_____
Fuma?	_____	_____	Cualquier otra Enfermedad Neurologica	_____	_____
Sensibilidad al Latex/ Alergia	_____	_____			
	SI	NO		SI	NO
Enfermedad Inflamatoria Pelvica	_____	_____	Endometriosis	_____	_____
Ciclo Menstrual Irregular	_____	_____	Esta Embarazada?	_____	_____
Complicaciones en el Embarazo/ Parto	_____	_____			

Firma del Paciente/: Tutor _____ Fecha: _____

Physical Therapists Initials: _____ Date: _____