

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Cual es el problema por el cual fue usted referido? _____

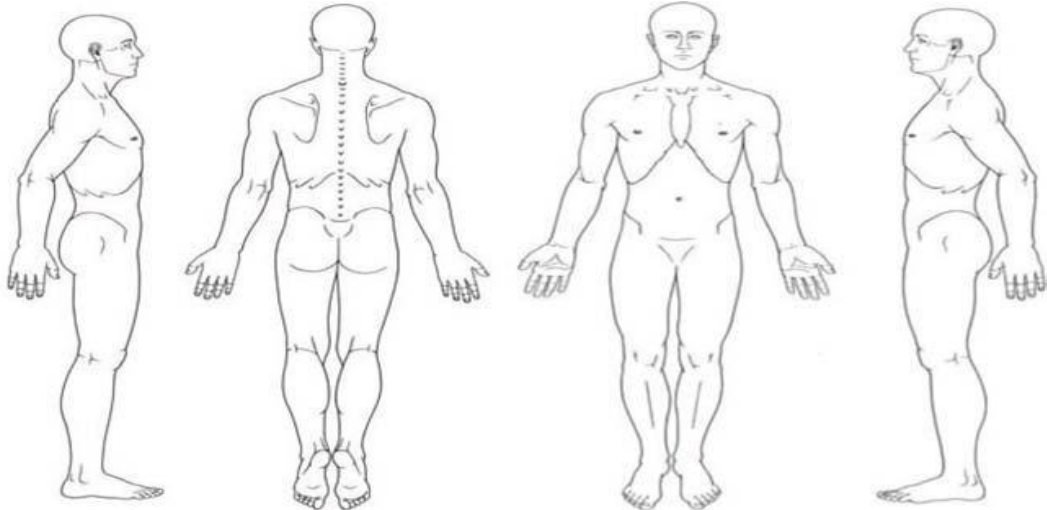
A que se dedica actualmente? _____

Fecha de su proxima visita al medico: _____ Cuando empezaron sus sintomas? _____

Como empezaron sus sintomas? _____

Por favor indique en las imagines donde siente usted dolor u otros sintomas:

Por favor identifique en las imagines con los signos /// or xxx donde se localice cada sintoma. Utilice el signo /// para dolor y xxx para parche u otra clase de equipo medico.



Por favor indique la intensidad del dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
no siente dolor a dolor insoportable

Por favor enliste todos los medicamentos que usted esta tomando actualmente. _____

Por favor complete la siguiente informacion a cerca de algunos examenas medicos que usted se haya practicado para su condicion actual:

MRI __ Rayos X __ Escaneo CAT __ Otro __ Fecha del examen _____

Ha recibido alguna de las siguientes terapias en el presente ano? __ Terapia fisica __ Terapia ocupacional __
 Terapia del habla __ Atencion de quiropractico __ Servicio de asistencia medica en su casa __

Si selecciono alguna de las terapias, donde recibio usted la atencion y cual fue el problema medico que se atendio?

Alergias (medicamentos, medio ambiente, cinta de uso medico, lociones, latex, comida, otra) _____

Historial medico

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas de vision/oido |
| <input type="checkbox"/> Implantes de metal | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> VIH/Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Heridas Abiertas | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos (describir abajo) _____ | <input type="checkbox"/> Problemas del piel |
| <input type="checkbox"/> Esta embarazada? | | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Infarto/Hace cuanto _____ |
| <input type="checkbox"/> Fuma/Que tan Seguido _____ | <input type="checkbox"/> Bebe alcohol/Que tan seguido _____ | |

Alguna otra condicion medica o cirugia _____

Que objective espera conseguir con su tratamiento terapeutico (OT/PT)? _____

Firma del Paciente _____ Firma del terapista _____

Fecha _____

Fecha _____