

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Historia Medica

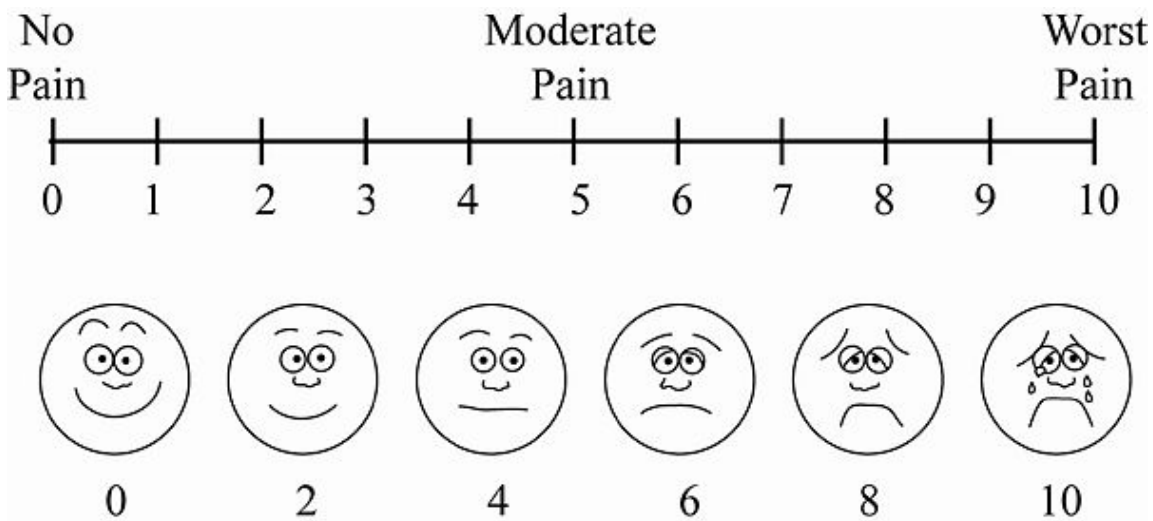
Describe el problema or problemas que necesitan terapia: _____

Cuando comenzo el problema? _____

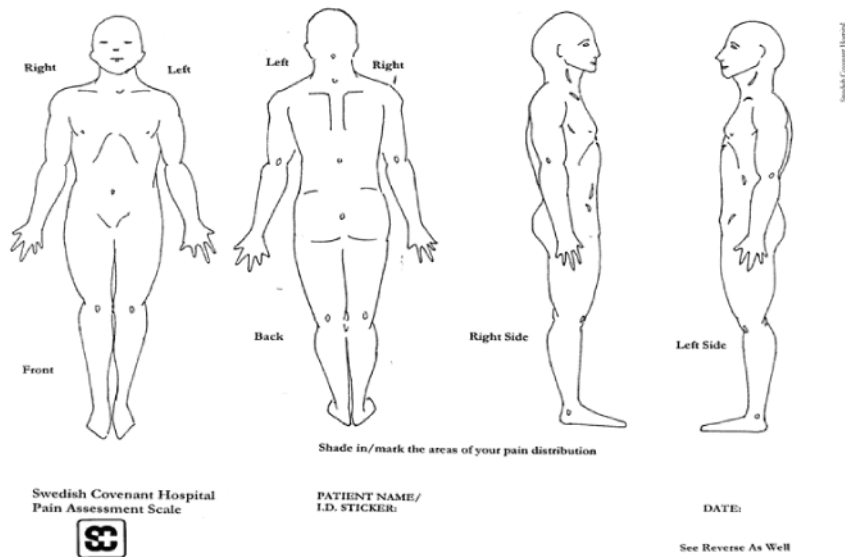
Limitaciones funcionales: (marque todas las que sean pertinentes)

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad de balance | <input type="checkbox"/> Falta de flexibilidad | <input type="checkbox"/> Falta de aire/dificil respirar |
| <input type="checkbox"/> Dificultad doblandose | <input type="checkbox"/> Dificultad agarrando objetos | <input type="checkbox"/> Dificultad con estar sentado/da |
| <input type="checkbox"/> Problema con la memoria y orientacion | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dificultad durmiendo |
| <input type="checkbox"/> Problema de comprension | <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Dificultad hablando/expresarse |
| <input type="checkbox"/> Limitacion de actividades comunitarias | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de coyonturas | <input type="checkbox"/> Dificultad subiendo escaleras |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coordinacion | <input type="checkbox"/> Coyonturas hinchadas | <input type="checkbox"/> Dificultad estando parado/da |
| <input type="checkbox"/> Limitacion en los quehaceres diarios | <input type="checkbox"/> Dificultad levantando/cargando | <input type="checkbox"/> Dificultad tragando |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Dolores musculares | <input type="checkbox"/> Dificultad usando el baño |
| <input type="checkbox"/> Limitacion conduciendo automobiles | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Dificultad transferirse a la cama/moverse en la cama |
| <input type="checkbox"/> Limitacion en actividades recreativas o de ejercicios | <input type="checkbox"/> Falta de sensacion | <input type="checkbox"/> Hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Caídas/historia de caidas | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Dificultad caminando |
| <input type="checkbox"/> Fatiga/falta de energia | <input type="checkbox"/> Dificultad alzando el brazo | <input type="checkbox"/> Otras 1 _____ |
| | <input type="checkbox"/> Dificultad con el aseo personal | <input type="checkbox"/> Otras 2 _____ |

Por favor dele un numero a su dolor: (haga un circulo al numero) Escala: 0 –no hay dolor 10- el peor dolor.



\Marque en el dibujo donde tiene el dolor:



Que desea lograr con la terapia? _____

Ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las que sean pertinentes)

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ataque del corazon <input type="checkbox"/> Condicion cardiaca/cirugia del corazon <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Alto colesterol <input type="checkbox"/> Alta presion <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad obstructiva del pulmon/ COPD <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Pulmonia <input type="checkbox"/> Entubacion <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> neuropatia periferica <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Dificultad del habla <input type="checkbox"/> Ataque isquemico transitorio <input type="checkbox"/> Dificultad tragando <input type="checkbox"/> Problemas vasculares/circulatorios <input type="checkbox"/> Coagulo de sangre/embolismo/trombosis | <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Huesos quebrados/fracturas <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Dolor de espalda/ciatica <input type="checkbox"/> Problema de la vejiga o intestinales/incontinencia <input type="checkbox"/> Falta de sensacion/hormigueo <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Perdida de peso significativa <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas (por ejemplo tuberculosis, hepatitis, SIDA) <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Enfermedad de alimentacion <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofagico/GERD <input type="checkbox"/> Problemas del estomago/ulceras <input type="checkbox"/> Sindrome de intestino irritable <input type="checkbox"/> Esclerosis multiple <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson's <input type="checkbox"/> Desorde psiquiatrico <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes <input type="checkbox"/> Ataques epilepticos <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides <input type="checkbox"/> Problemas de la audicion <input type="checkbox"/> Problemas visuales <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
|---|--|--|

Toma medicamentos? SI NO

Escriba las medicinas que se toma en los espacios de abajo:

| Medicinas: | Fecha de comienzo | Razon para tomarlas |
|------------|-------------------|---------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

Historia de operaciones:

| Operacion | Fecha |
|-----------|-------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |

