

Nombre del paciente: _____



Swedish Covenant Hospital

Fecha: _____

Historia Medica

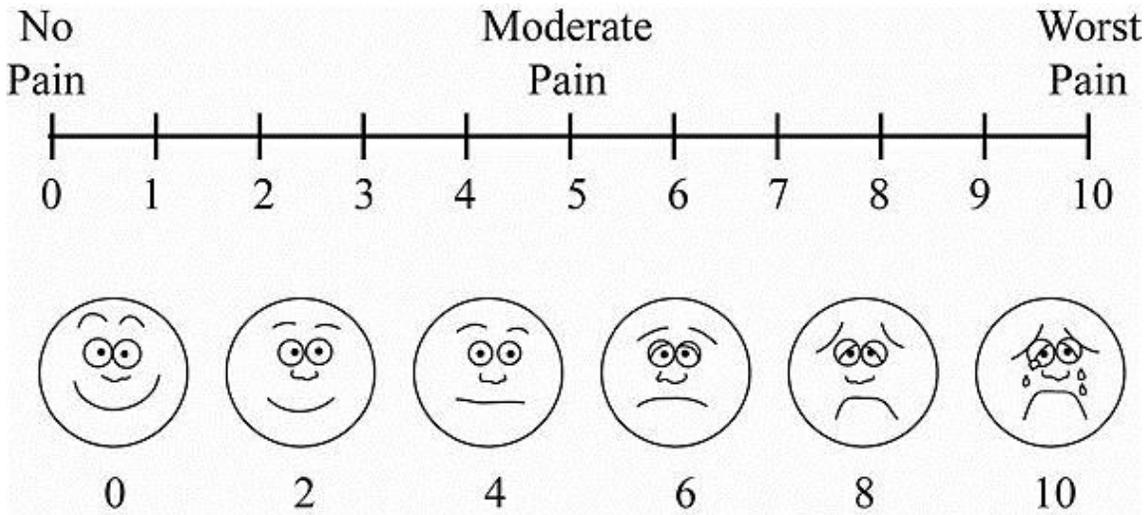
Describe el problema or problemas que necesitan terapia: _____

Cuando comenzo el problema? _____

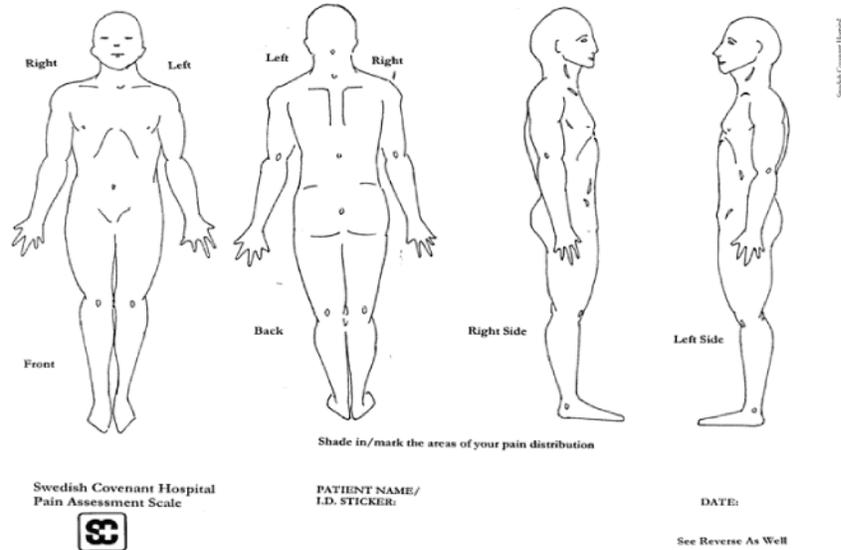
Limitaciones funcionales: (marque todas las que sean pertinentes)

<input type="checkbox"/> Dificultad de balance	<input type="checkbox"/> Falta de flexibilidad	<input type="checkbox"/> Falta de aire/difícil respirar
<input type="checkbox"/> Dificultad doblándose	<input type="checkbox"/> Dificultad agarrando objetos	<input type="checkbox"/> Dificultad con estar sentado/da
<input type="checkbox"/> Problema con la memoria y orientación	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Dificultad durmiendo
<input type="checkbox"/> Problema de comprensión	<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> Dificultad hablando/expresarse
<input type="checkbox"/> Limitación de actividades comunitarias	<input type="checkbox"/> Entumecimiento de coyunturas	<input type="checkbox"/> Dificultad subiendo escaleras
<input type="checkbox"/> Problemas de coordinación	<input type="checkbox"/> Coyunturas hinchadas	<input type="checkbox"/> Dificultad estando parado/da
<input type="checkbox"/> Limitación 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"/> Limitación conduciendo automobiles	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Dificultad transferirse a la cama/moverse en la cama
<input type="checkbox"/> Limitación en actividades recreativas o de ejercicios	<input type="checkbox"/> Falta de sensación	<input type="checkbox"/> Hormigueo
<input type="checkbox"/> Caídas/historia de caídas	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Dificultad caminando
<input type="checkbox"/> Fatiga/falta de energía	<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"/> <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	<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"/> Syndrome de intestino irritable <input type="checkbox"/> Esclerosis multiple <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> <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: _____
---	--	---

sangre/embolismo/trombosis		
----------------------------	--	--

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	