

Fisioterapia Adriana Lucía Ramírez Bonilla

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____ Ocupación: _____ Tipo empleo: TC ____/TP ____/
Pensionado ____/ Desempleado ____
Nombre médico General: _____
Proporcione los resultados de cualquier examen de rayos X, Resonancia Magnética, informe quirúrgico, pruebas de laboratorio

Por favor responda lo más completo posible.

¿Qué parte del cuerpo le duele? _____

¿Fecha en que comenzaron los síntomas? _____

Enumere cualquier cirugía reciente

¿Cuál fue la causa de su problema?

¿Ha tenido este problema antes? _____ ¿Qué le ayudó? _____

¿Qué está haciendo para ayudarse ahora? _____

¿El problema surgió de forma inmediata o gradual? _____

¿Su problema ha cambiado en los últimos 14 días? _____

¿Qué mejora los síntomas? _____

¿Que empeora los síntomas? _____

¿Cómo cambian sus síntomas a lo largo del día?

¿Puede dormir toda la noche? ¿Cómo?

¿En qué porcentaje de su capacidad funcional normal está ahora? _____

¿Normalmente hace ejercicio? ¿De qué tipo?

Marque su grado de dolor en una escala de 0-10 (0= sin dolor, 10= dolor intenso, 5=dolor moderado)

Su dolor cuando mejor se siente: ____/10

Su dolor cuando peor se siente: ____/10

Marque cualquier casilla de actividades que **no pueda hacer** cómodamente por **20 minutos**

Estar sentado		Caminar		Actividades laborales		Dormir		Oficios domésticos	
Estar de pie		Manejar		Cargar 20 lbs (9 kg)		Trabajar frente al computador		Trabajo de jardinería	

Marque cualquiera de las siguientes actividades que no pueda hacer con su habilidad normal:

Subir/bajar escaleras		Cambiar posición de sentado a de pie		Entrar y salir del carro	
Alcanzar por encima del nivel de su cabeza		Levantarse del piso a de pie		Alimentarse	
Levantar 5-10 lbs (2.5-4.5 kg) por encima de la cabeza		Levantar 10-20 lbs (4.5-9 kg) del piso		Usar utensilios	
Bañarse y arreglarse		Moverse en la cama		Masticar	
Vestirse					

Historia médica personal. Marque todas las que le apliquen

Si No

Infección Activa			Describa:	
Cáncer			Describa:	
Hospitalización en último año			Describa:	
Otro			Describa:	

Si No

Problemas cardíacos, marcapasos		
Colesterol alto		
Asma		
Adicciones		
Problemas de tiroides		
Esclerosis Múltiple		
Depresión		
Tuberculosis		
Enfermedad Renal		
Epilepsia		
Osteoporosis		
Osteopenia		
Embarazo		

Si No

Hipertensión		
Problemas Circulatorios		
Enfisema o bronquitis		
Fuma		
Diabetes		
Artritis Reumatoidea		
Otros tipos de artritis		
Implantes de metal		
Hepatitis		
AIT/ACV		
Anemia		
Alergias		
Úlcera o reflujo gástrico		
Problemas intestinales		
Varicela, culebrilla, herpes		

Por favor califique: 0-nunca 1-varios días 2-más de 50% del tiempo 3-a diario

Tengo poco interés o placer por las cosas					
Con frecuencia me siento triste, deprimido o sin esperanza					

Recientemente ha notado alguno de estos:

	SI	NO
Pérdida de peso		
Nausea/vómito		
Fatiga		
Debilidad		
Fiebre/escalofrío/sudoración		
Dormido/hormigueo		

	SI	NO
Dolor eléctrico en brazos o piernas		
Tos continua		
Mareo		
Dolores de cabeza		
Visión borrosa		
Sangre en materia fecal		

Por favor escriba todas las medicaciones que está tomando en este momento:

Nombre medicación	Dosis	# veces/día	Razón por la que toma la medicación

¿Su médico le ha explicado su condición médica? _____

Nombre completo: _____

Firma (original firmado) _____

Fecha _____

Relación (mismo, madre, representante legal, etc.) _____