

Para asegurarse de recibir una evaluación completa y exhaustiva, por favor indíquenos con la información de fondo importante en el siguiente formulario. Si usted no entiende una pregunta déjelo en blanco y su terapeuta le ayudará. ¡Gracias!

NOMBRE: _____ ACTIVIDADES DE OCIO: _____

OCCUPACIÓN: _____ GÉNERO: _____ EDAD: _____ DOB: _____

ALÉRGIAS: Enumere cualquier medicamento que es alérgico a: _____

¿Está sensible al látex? Sí No Enumere cualquier otra alergia debemos saber acerca de _____

1. Fecha de la última exploración física _____

2. ¿Le han diagnosticado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones?

- Sí NO Alta presión sanguínea
- Sí NO Problemas de circulación
- Sí NO Ataques epilépticos
- Sí NO Asma
- Sí NO Úlceras estomacales
- Sí NO Dependencia química (es decir, el alcoholismo)
- Sí NO Problemas de la tiroides
- Sí NO Diabetes
- Sí NO Esclerosis múltiple
- Sí NO Osteoartritis
- Sí NO Artritis Reumatoide
- Sí NO Otras condiciones artríticas
- Sí NO Depresión
- Sí NO Hepatitis
- Sí NO Tuberculosis
- Sí NO Accidente cerebrovascular
- Sí NO Coágulos de sangre
- Sí NO Osteoporosis
- Sí NO Enfermedad de inmunodeficiencia
- Sí NO Cáncer. En caso afirmativo, ¿qué tipo?: _____
- Sí NO Enfermedad del riñón. En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
- Sí NO Problemas del corazón. En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
- Sí NO Other _____

Para Uso de Oficina

3. ¿Ha tenido alguna cirugía? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, indique las cirugías, incluyendo la fecha aproximada.

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

4. ¿Cuál de los siguientes medicamentos ha tomado en la última semana?

Aspirina	Sí/No
Tylenol	Sí/No
Anti-inflamatorios (Advil/Motrin/Ibuprofen)	Sí/No
Medicamentos para úlceras estomacales	Sí/No
Vitaminas/suplementos minerales	Sí/No
Hierbas/Remedios	Sí/No
Otros no prescritos por un médico _____	

Proporcione una lista adjunta de cualquier otro medicamento prescrito por el medico que está tomando actualmente (incluir el nombre del medicamento, la dosis, la frecuencia, y la ruta administrada) o enumerarlas a continuación:

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

5. Para su condición actual, ¿ha recibido alguna de las siguientes?:

Radiografía	☐ No	☐ Sí
CT scan	☐ No	☐ Sí
MRI	☐ No	☐ Sí

6. ¿Tiene aglún problema de visión anormal? ☐ No ☐ Sí

7. ¿Tiene algún problema de audición anormal? ☐ No ☐ Sí

8. ¿Ha tenido un aumento de peso inusual o pérdida últimamente? ☐ No ☐ Sí

9. ¿Ha experimentado alguna pérdida reciente de control del intestino o la vejiga?
☐ No ☐ Sí

10. ¿Tiene algún metal en su cuerpo (que no sean los dientes)? ☐ No ☐ Sí

11. (Sólo para mujeres) ¿Está usted embarazada? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, ¿Cuántas semanas? _____

12. ALTURA: _____ **PESO:** _____

13. ¿Cómo se enteró de nosotros?

☐ Doctóra ☐ Amiga ☐ Internet ☐ MPTW Offer ☐ Montclarion ☐ East Bay Express
☐ Mailing ☐ Señalización ☐ Compañía de Seguros ☐ Radio ☐ Yellow Pages
☐ Publicidad impresa ☐ Yelp ☐ Facebook ☐ Twitter ☐ Otro

Firma de Terapeuta

Fecha

Firma del paciente

Fecha

Property of WG Boissonnault 2010

Revised by JMP, EP, JA Dec 2016