



Physical Therapy & Sports Medicine Center

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ EDAD: _____

Fecha de Accidente o Lesion ____/____/____

A Tenido cirugía por esta lesión? SI NO (SI? Numeros de Cirujias ____)

Esta Tomando alguna Medicina recetada o no recetada SI NO

Lista de Medicina: _____

Ha tenido alguno de los siguientes servicios médicos o de rehabilitación para esta lesión? SI NO
SI NO SI NO

Quiropráctico	_____	_____	Terapias Ocupacional	_____	_____
Cuidado de emergencia	_____	_____	Ortopedico	_____	_____
EMG/NVC	_____	_____	Terapias Fisicas	_____	_____
Tomografía Computarizada	_____	_____	Podólogo	_____	_____
Práctica General	_____	_____	Rayos x	_____	_____
Terapias de Masaje	_____	_____	MRI	_____	_____
Mielograma	_____	_____			
Neurólogo	_____	_____			

Otro: _____

¿Tiene o ha tenido alguna vez de los siguientes?-

	SI	NO		SI	NO
Asma, Bronquitis, enfisema	_____	_____	Dolor de Cabeza severos	_____	_____
Dificultad para respirar/Dolor en el pecho	_____	_____	Dificultades en ver u Oír	_____	_____
Cardiopatía isquémica Enfermedad o angina	_____	_____	Hormigueo entumecimiento	_____	_____
¿Tienes un marcapasos?	_____	_____	Debilidad	_____	_____
Alta Presion sanguinea	_____	_____	Hernia	_____	_____
Ataque de Corazon o cirujias	_____	_____	Coágulo de sangre	_____	_____
accidente cerebrovascular o TIA	_____	_____	Venas Varicosas	_____	_____
Problemas intestinales o vesicales	_____	_____	Alergias	_____	_____
epilepsia o convulsiones	_____	_____	Implante de Metal	_____	_____
Trastorno de la tiroides	_____	_____	Reemplazo de la articulación	_____	_____
Amenia	_____	_____	Diabetes	_____	_____
enfermedad infecciosa	_____	_____	Cancer o Quimioterapia	_____	_____
Problemas emocianles o sicologicos	_____	_____	Osteoporosis	_____	_____
Artitis / articulaciones inflamadas	_____	_____	Esta Embarazada?	_____	_____
Gout	_____	_____	Usted Fuma?	_____	_____
Dificultas Durmiendo	_____	_____	Cirujias en Codo/Mano/Hombro	_____	_____
Cirujias Pie/Tobillo/perna	_____	_____			
Cirujias espalda o cuello	_____	_____			

¿Está usted enterado de cuál es su diagnóstico? SI NO

En base en su conciencia, ¿cuáles son sus expectativas / metas mientras está en este programa?

FIRMA: _____

FECHA: ____/____/____



Physical Therapy & Sports Medicine Center

Dibuja la Ubicación de su Dolor en Los Contornos del Cuerpo y circule en su dolor en la cara marcada abajo:

Dolor

~~~~~

Quemaduras

\* \* \* \*

Entumecimiento

∞ ∞ ∞ ∞

Hormiguero

.....

Puñalada

//////

Otra clase de Dolor

XXX

Frente

Espalda



Derecha

Izquierda



Izquierda

Derecha

## Faces Pain Rating Scale



0

No Hurt



1

Hurts  
Little Bit



2

Hurts  
Little More



3

Hurts  
Even More



4

Hurts  
Whole Lot



5

Hurts  
Worst

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_