

Formulario de historial de salud pacientes

Nombre: _____ **Date:** _____

Fecha de lesión/comienzo: _____ **si desconocido cuando hizo los síntomas comienzan?** _____

Se realizó cirugía? Yes No **(si) fecha:** _____ **tipo:** _____

Diagnóstico: _____

Historia de caídas en los últimos 12 meses? Yes No **(en caso afirmativo) cómo muchas veces?** _____

¿Duele usted mismo?

¿Cómo comenzó esta lesión de condición?

¿Antes de esta lesión, eran independientes en las siguientes áreas?

Yes No **las actividades de la vida cotidiana**

Yes No **auto cuidado**

Yes No **Trabajo/vocación**

Yes No **atención dando**

Yes No **Movilidad y deambulación**

Yes No **Integración y acceso a la comunidad**

Te trabajo a tiempo completo? Yes No **tiene la lesión cambió su capacidad de trabajo?** Yes No

Seleccione cual funcional limitaciones se aplican a usted:

- Sueño
- Auto cuidado
- ADL
- Alcanzando, empujando o tirando
- Levantamiento/transporte
- Sesión/pie
- Plegado/cuclillas
- Movilidad y deambulación
- Integración y acceso a la comunidad
- Other _____

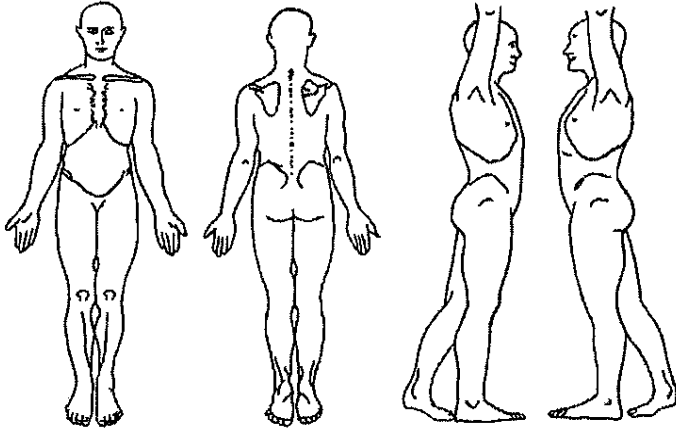
Principales quejas:

Mejora la condición: _____

Empeora la condición: _____

Escala de dolor:

	-	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peor	NT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mejor	NT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corriente	NT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tipo de dolor experimentado:

- Burning
- Mitigar/Achy
- Palpitando
- Tiro
- Adormecimiento y hormigueo
- Otras _____

Ubicación de dolor:(Marca del diagrama →
Donde tiene dolor u otros síntomas)

Historia de la medicina (cuándo y dónde):

- Osteoarthritis _____
- _____ Enfermedades
cardiovasculares
- _____ De diabetes Mellitus tipo
1
- _____ De diabetes Mellitus tipo
2
- Quirúrgicos #####
- Previous Therapy _____

Pruebas de diagnóstico (radiografías, resonancia magnética, NCS, otros):

Medicamentos actuales:

Prescription(s)

Over the Counter _____

Herbals _____

Suplementos de vitaminas, minerales y dietéticos

Other _____

No Medications _____

Patient Goals:

Índice de masa corporal:

_____ Libras de peso

_____ Pulgadas de altura

Microsoft
Translator
Original

†Diabetes Mellitus Type 2 _____