

Southern Oregon Physical Therapy Associates, Inc.
 924 S. Riverside Ave. • Medford OR 97501 • 541.773.7678 • Fax 541.773.5517 • Email: sopta@callatg.com

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Peso _____ Estatura _____

Nombre y número telefónico del médico _____

¿Ha visto usted otros médicos terapeutas para que le atiendan esta condición? _____

Tiene usted cáncer? yes no ¿Tiene usted un marcapasos? yes no ¿Está usted embarazada? si no

Ocupación _____

FOR PHYSICAL THERAPIST'S USE ONLY

¿Está usted trabajando? _____ Si es así, trabajo regularmente

trabajo de vez en cuando

¿Qué tipo de lesión es esta? automovilística relacionada al trabajo

Crónica Otro _____

¿Cuáles son actualmente sus síntomas? _____

¿Cuándo le comenzaron? (fecha aproximada) _____

¿Cómo le comenzaron? _____

¿Cómo le comenzaron? repentinamente gradualmente o poco a poco

¿Ha tenido Ud. síntomas parecidos en el pasado? si no

¿Cómo están sus síntomas? mejorando empeorando

Conforme pasan los días; sus síntomas:

aumentan disminuyen permanecen igual?

¿Hace el dolor que Ud. Se despierte por la noche? si no

¿Cuándo empeora el dolor para Ud.? permanece Ud. inmóvil

cambia Ud. de posición

¿Tiene usted dolor o rigidez cuando se levanta Ud. de la cama por las mañanas? si no

¿En qué tipo de almohada duerme usted?

suave/plana mediana llena de trazos o figuras otro

¿En qué clase de colchón duerme Ud.?

suave medio firme futón o colchoneta otro otro

¿Cuál es la posición en que Ud. duerme de noche?

- de estómago de espalda de lado de lado, inclinándome hacia el estómago
- de lado, inclinándose hacia la espalda otro

¿Desde que esta condición empezó, ha tenido Ud. dificultades con alguna de las siguientes?

- el control de intestinos sudores de noche
- el control de la vesícula dejando caer cosas
- la fiebre o resfriados tal tropezar
- el entumecimiento dolores de cuerpo
- mareos o desmayos problemas con la vista
- la debilidad problemas auditivos (oídos)
- aumentos o disminución de peso otro _____

¿Alguna de las siguientes condiciones le impide hacer cualquiera de sus actividades diarias? _____

¿Cuándo se agravan más sus síntomas? Al estar:

- sentado parado
- al levantarse de una silla o sillón al agacharse
- acostándose al inclinarse
- al caminar al toser
- al subir o bajar escaleras al estornudar
- cuando quiere alcanzar algo al respirar hondo
- al arrojar o tirar algo al masticar o bostezar
- al conducir (manual automático)
- al hacer actividades cotidianas como _____
- al hacer quehaceres domésticos como _____

¿Qué cosas alivian sus síntomas?

- sentarse
- el calor
- el frio
- el estirarse
- permanecer derecho
- un descanso
- nada
- pararse
- caminar
- el hacer ejercicio
- el acostarse
- un masaje
- medicamentos
- algo mas

¿Cuáles exámenes o pruebas ha tenido usted para esta condición?

- La radiografía
- MRI
- EMG
- La radiografía
- Myelogram
- otra

Resultados de los exámenes o pruebas que le hicieron:

¿Ha tenido usted cualquiera de los tratamientos siguientes para esta condición?

- medicamentos
- manipulación conjunta
- el ejercicio
- masaje terapéutico
- el tironeo
- refuerzos o las tablillas
- las inyecciones en la espina dorsal
- las inyecciones en la piel o músculos
- otro _____
- la hipnosis
- el biofeedback
- TENS unit
- la acupuntura
- descansar en la cama
- la hospitalización
- la fisioterapia
- ninguno

Medicamentos

Verifique por favor cualquiera de los siguientes medicamentos que Ud. este tomando actualmente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> presión | <input type="checkbox"/> anti-inflamatorios |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> píldoras para dormir |
| <input type="checkbox"/> dolor | <input type="checkbox"/> antidepresivos |
| <input type="checkbox"/> relajantes musculares | <input type="checkbox"/> vitaminas |
| <input type="checkbox"/> insulina | <input type="checkbox"/> minerales |
| <input type="checkbox"/> medicamento para la diabetes | <input type="checkbox"/> antihistamínicos |
| <input type="checkbox"/> medicamento para el corazón | <input type="checkbox"/> otros |

Historial clínico

¿Ha sido Ud. diagnosticado con cualquiera de los siguientes?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> cáncer (tipo): | <input type="checkbox"/> fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> depresión | <input type="checkbox"/> reuma articular |
| <input type="checkbox"/> ataques | <input type="checkbox"/> herida/lesión en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> la hipertensión o presión alta | <input type="checkbox"/> enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> colesterol alto | <input type="checkbox"/> problemas pulmonares |
| <input type="checkbox"/> problemas de riñón | <input type="checkbox"/> alteraciones en la sangre |
| <input type="checkbox"/> la tiroides | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> ataques |
| <input type="checkbox"/> artritis | <input type="checkbox"/> osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> lupus | <input type="checkbox"/> problemas de circulación/vasculares |
| <input type="checkbox"/> hueso(s) roto(s) | <input type="checkbox"/> tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> otros _____ |

alergias (lístelas por favor)

Liste por favor cualquier cirugía y el año en que le fueron realizadas:

Cirugía

Date

Estado General de Salud

(Para mujeres solamente) ¿Esta Ud. Embarazada? si no

¿Cómo evaluaría Ud. su salud antes de esta condición?

- excelente favorable
- buena mala
- promedio

En la escala de abajo, indique por favor su nivel de dolor en las últimas 48 horas:



¿Qué tan seguido hace Ud. ejercicio?

- más de 5 días por semana 3 a 4 días por semana
- 1 a 2 días por semana ocasionalmente nunca

¿Qué clase de ejercicio(s) hace Ud.? _____

¿Toma Ud. bebidas con cafeína?

si no _____ copas por día

Usted fuma?

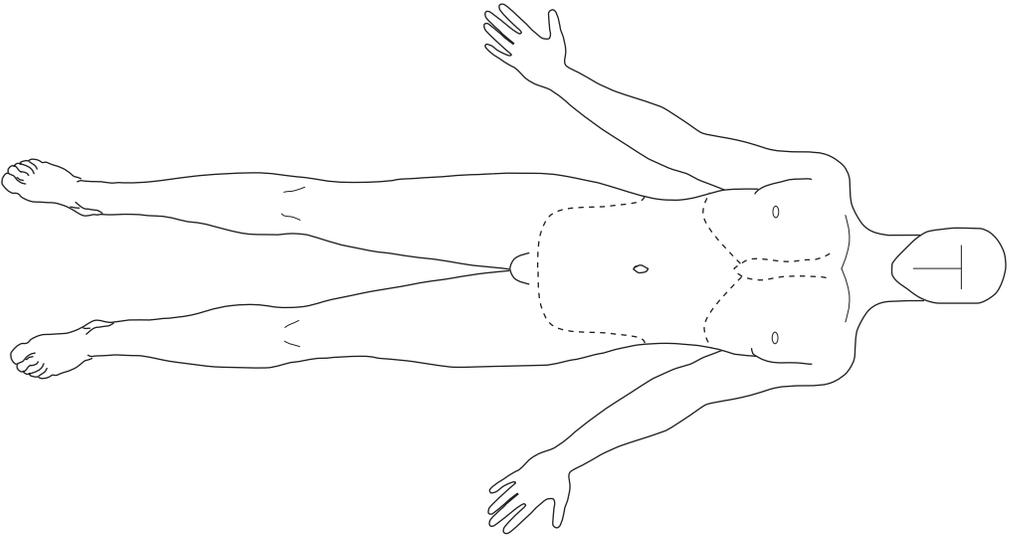
si no _____ cajetillas por día

¿Cuál es su nivel de estrés?

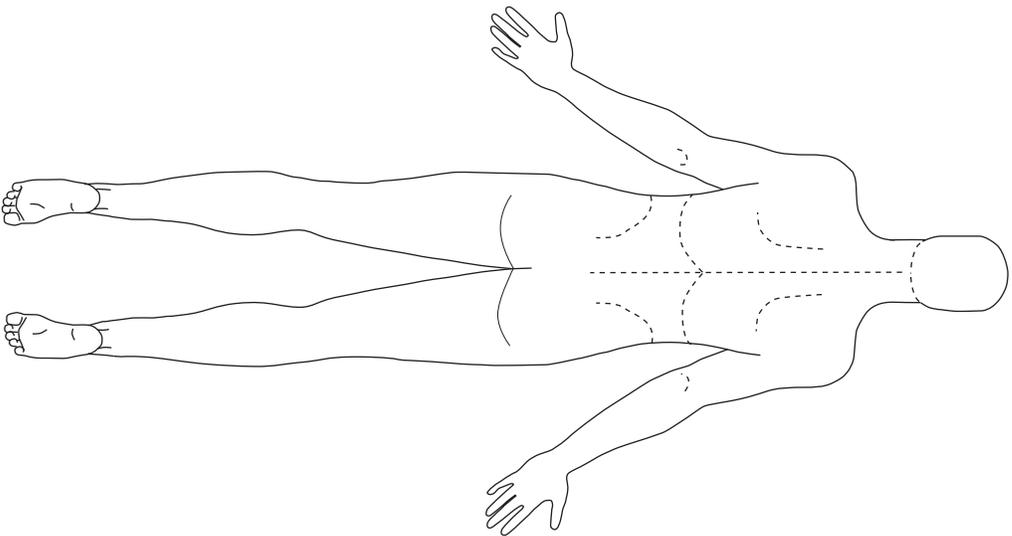
- bajo moderado alto

En el diagrama que se muestra abajo, por favor, marque la ubicación y severidad del dolor usando los siguientes símbolos:

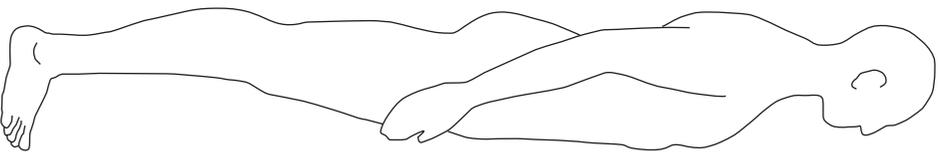
- N** adormecido, ninguna sensación
- T** Picação u hormigueo
- M** Dolor ligero
- X** dolor moderado
- S** Dolor Severo
- I** Dolor que dispara



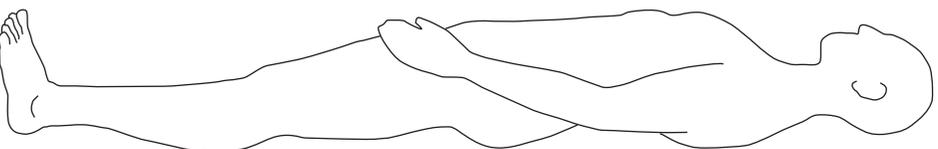
Parte delantera



Parte trasera



Lado derecho



Lado Izquierdo