
Primer Nombre Inicial

Apellido

Fecha de Nacimiento
Mes Día Año

Numero Seguro Social _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono celular: _____

Teléfono de casa: _____

¿Podemos dar un mensaje de voz detallado? Sí / No

Celular Casa

Quiere recordatorios de visitas: Sí / No

Texto o Correo electrónico

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Por favor, **marca** las respuestas apropiadas abajo:

Género: Masculino Femenina

Prefiero no responder

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Situación Empleado: Tiempo completo Tiempo parcial Retirado/a Ama de casa Estudiante Desempleado/a Discapacitado/a

Ocupación: _____

Historia Social:

¿Tiene una historia de trauma o abuso? Sí / No

Físico Sexual Emocional

¿Hay costumbres o creencias religiosas que le gustaria que su terapeuta tenera en cuenta?

Por favor, explique: _____

Firma de paciente: _____

¿Ha tenido cambios significante en su vida en el año pasado? (Por ejemplo: mudando, cambia de trabajo, nacimiento de bebe, muerte en la familia) Explique:

Entorno de Vida: **marca** abajo

¿Con quién vive? Solo/a Esposo/a Hijo(s)

Compañero de habitación Otro pariente(s)

¿Te sientes seguro en casa? Sí / No

Preguntas de Salud General:

Fumando/tabaco: Nunca Pasado Presente

Cigarillos/día _____ Años que deja fumar _____

Consumo de alcohol: Nunca Raro Regularmente

Bebidas _____ por: día / semana / mes

Historia de usa o abuso de sustancias:

Nunca Pasado Presente

Substancia(s): _____

Ejercicio regular: días/semana _____

Tipo: _____

Quiere asistencia ayudar:

Dejar de fumar? Sí / No

Perdir la pesa? Sí / No

Combatir la adicción? Sí / No

¿Has caído en el año pasado? Sí / No

¿Cuántas veces? ____ ¿Ocurrió herida? _____

Escribe con la Derecha Izquierda Ambidextro

Marca estilo(s) de aprendizaje que prefeire:

Auditivo Visual Kinestésico

Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?	Not At all	Several Days	More Than Half the Days	Nearly Every Day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed or hopeless	0	1	2	3

Evalúe su salud en general:

Excelente Bien Razonable Pobre

Fecha: _____

Historia Medica

Médico/a de atención primaria: _____

Médico/a de referencia: _____

Está viendo otra(s) especialista(s)? (Marca abajo)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuntor | <input type="checkbox"/> Naturópata |
| <input type="checkbox"/> Alergólogo | <input type="checkbox"/> Neurólogo |
| <input type="checkbox"/> Cardiólogo | <input type="checkbox"/> Nutricionista |
| <input type="checkbox"/> Cirujano | <input type="checkbox"/> Ortopédico |
| <input type="checkbox"/> Consejero | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringólogo |
| <input type="checkbox"/> Dentista | <input type="checkbox"/> Podólogo |
| <input type="checkbox"/> Especialista de dolor | <input type="checkbox"/> Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterólogo | <input type="checkbox"/> Reumatólogo |
| <input type="checkbox"/> Ginecólogo/obstetra | <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Logopeda | <input type="checkbox"/> Quiropráctico |
| <input type="checkbox"/> Masajista | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Se han realizado pruebas diagnosticas? (Marca)

- | | | | |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------|
| Rayos-X | MRI | CT scan | Ultrasonido |
| Ecocardiograma | EMG | Electrocardiograma | |
| Análisis de sangre | Otro: _____ | | |

Alergias: Indique todas alergias a medicamentos, comidas y ambientales.

MEDICAMENTOS: Indique todos los medicamentos y suplementos (receta y sin receta) está tomando.

CIRUGIAS: Enumere todas las cirugias haya tenido incluyendo el año.

Altura: _____ Peso: _____

Historia Medica: Marca ha tenido alguno siguientes

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Trastornos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedades de piel |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Problemas tiroides |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Disautonomía / POTS | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Hipoglucemia (azúcar baja) | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ehlers-Danlos (EDS) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria | <input type="checkbox"/> Problemas renales |
| <input type="checkbox"/> Lesion de cabeza | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria |
| <input type="checkbox"/> Asimientos/epilepsia | <input type="checkbox"/> Intestinal irritable (SII) |
| <input type="checkbox"/> Migrañas/dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Problemas congénitos |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulación/vascular | _____ |

¿En el año pasado, ha tenido alguno de los siguientes?:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Dolor/hinchazón en las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones de corazón | <input type="checkbox"/> Dolor en la noche |
| <input type="checkbox"/> Tos/Ronquera | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Ganancia de peso |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Debilidad en brazos/piernas | <input type="checkbox"/> Fiebre/escalfrios/sudores |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar | <input type="checkbox"/> Náusea/vómito |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coordinación | <input type="checkbox"/> Pérdida de olfato |
| <input type="checkbox"/> Tiemblas | <input type="checkbox"/> Problemas de audición |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Problemas urinarios | <input type="checkbox"/> Zumbidos/tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Cambias en función sexual | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Hombres: ¿Enfermedades de la prostata? Sí / No

Mujeres: Historia de

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inflamatoria Pélvica (EIP) | <input type="checkbox"/> Endometriosis |
| <input type="checkbox"/> Ovario Poliquístico (SOP) | |
| <input type="checkbox"/> Problemas con períodos | |
| <input type="checkbox"/> Actualmente embarazada _____ (semanas) | |
| <input type="checkbox"/> Embarazos anteriores _____ | |

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Historia de condición presente: Describe la(s) problema(s) para cual usted está aquí hoy:

¿Cuándo empezó la problema? _____

¿Como empezó la herida o problema?

¿Tuve cirugía para este problema? Sí / No

Fecha de cirugía _____

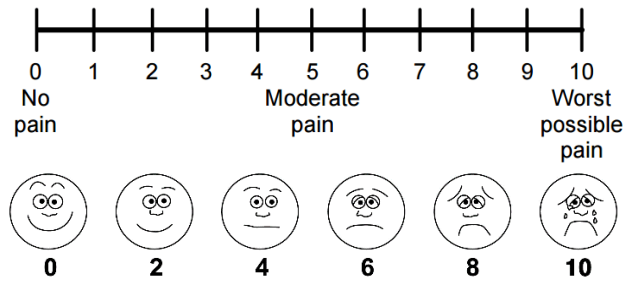
¿Fue hospitalizado? Sí / No

Fecha del alta de la hospital _____

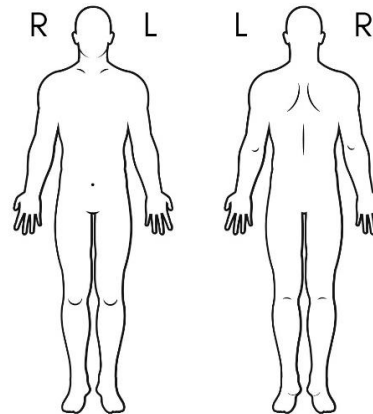
Metas para Terapia:

¿Que estan sus metas para therapia fisica?

Indique su dolor promedio diario: Circule un numero abajo



Marca los lugares donde duele abajo.



Indique 3 actividades diarios que tiene dificultad hacer o no puede realizar porque de su lesión o problema. Tres limitaciones funcionales son tipicamente **REQUERIDAS** por compañías de seguridad justificar cobertura para tratamiento de terapia fisica.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Incapaz realizar la actividad

Capacidad realizar la actividad igual que antes de la lesión

Limitación de la actividad	Nota 0-10

Preguntas Legales:

Si respuesta sí a las preguntas abajo, documentación adicional puede ser necesario.

Sí / No 1.) ¿Hay litigious pendientes asociado con su lesión/condición?

Sí / No 2.) ¿Tiene un caso de discapacidad pendientes?

Sí / No 3.) ¿Es este lesión asociado con un accidente automovilístico?

Sí / No 4.)¿Hay un caso de Compensación de trabajadores asociado con este lesión?

Firma de paciente: _____ Fecha: _____