

HISTORIAL DE SALUD

Nombre: _____ Fecha: _____ Naci: ___/___/___ Estatura: _____ Peso: _____

Ocupación: _____ Esta trabajando: ___ Número de Seguro Social: _____

Persona contacto en caso de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

¿Usa un Marcapaso? ___ Si ___ No ¿Un Estimulador Interno (espinal/ cerebral)? ___ Si ___ No ¿Esta embarazada? : ___ Si ___ No

¿De que alergias padece? : _____ ¿ Es alérgico(a) al látex? : ___ Si ___ No

¿Cuál es su queja principal? : _____ ¿Cuándo comenzaron los síntomas? : _____

¿Cuál es la causa? : _____

¿Que ayuda medica ha buscado para esta condición? ___ Médico ___ Quiropráctico ___ Terapia Física ___ Terapia Ocupacional

¿Está recibiendo Servicios De Salud En El Hogar actualmente? ___ No ___ Si, explique: _____

¿Le han tomado rayos X para diagnosticar el problema? : ___ No ___ Si, cuando _____

¿Le han hecho algunas otras pruebas que estén relacionadas con la condición: ___ No ___ Si - Cuál _____

¿Ha perdido la sensación en alguna parte de su cuerpo como resultado de esta condición? : _____

¿Se siente cómodo en las noches o cuando esta acostado? : _____

¿Ha tenido algún problema similar antes? : ___ No ___ Si - ¿Hace cuanto tiempo? : _____

Si ha recibido Terapia Física u Ocupacional, que tipo/clase: _____

¿Tiene dolor como resultado de su condición actual? : ___ No ___ Si

Si contesto que **NO** a la pregunta anterior, **deténgase. Continúe** en la parte de **atrás** del papel.

Donde es el dolor: (Marque el diagrama de la derecha con una usando la "clave")

Se ha regado el dolor: Si No donde? _____

Describa su dolor seleccionando todas las que apliquen:

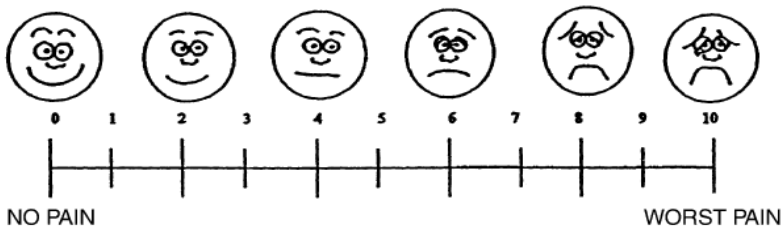
- constante late embotado quemazón punzante
 va y viene adormecido agudo hormigueo comenzón
 presión dolama pesado corcomeo

¿Que actividades/posiciones empeoran el dolor? _____

¿Que actividades/posiciones disminuyen el dolor? _____

¿Que actividades no puede llevar a cabo debido al dolor? _____

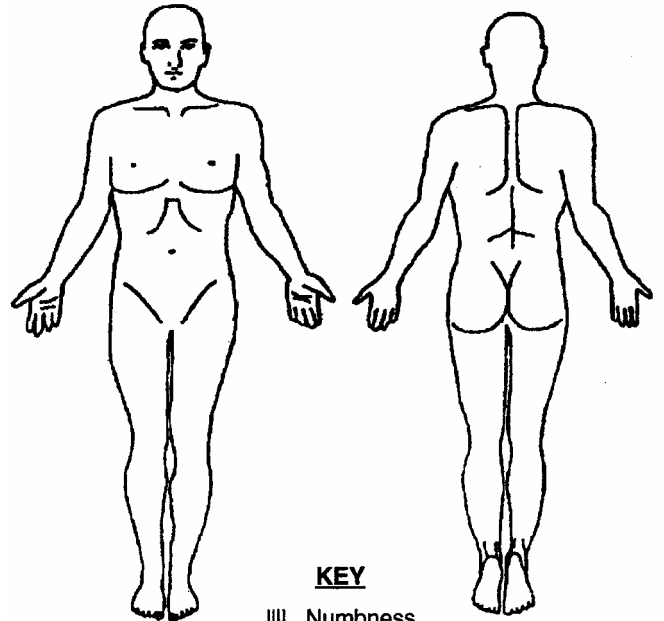
Usando la escala a continuación, determine el nivel de dolor que sufre:



Sin Dolor

El peor dolor imaginable

Usando la misma escala, determine hasta que nivel desearía que su dolor mejorara: _____



KEY

- ||| Numbness
 00 Pain
 XX Tingling

CLAVE

- 111 Adormecimiento
 000 Dolor
 xxx Hormigueo

(Por favor continúe en el reverso del papel)

Enfermedades Infecciosas

Sarampión/Rubéola

- ¿Ha tenido Sarampión/Rubéola No Si
- ¿Ha recibido la vacuna para el Sarampión/Rubéola No Si
- Si contesta que no, ha estado expuesto las ultimas dos semanas No Si *

Para Uso del Terapista Solamente

Comentarios: _____

Varicela:

- ¿Ha tenido varicela? No Si
- ¿Ha recibido la vacuna para las varicela? No Si
- Si contesta que no, ha estado expuesto las ultimas dos semanas No Si *

Viruela:

- ¿Ha recibido la vacuna para la viruela en las pasadas cuatro semanas? No Si *

Para uso del personal solamente. Si contesta que sí a alguna de las preguntas marcadas con el asterisco, notifíquelo al Departamento de Enfermedades Infecciosas. Si necesita consulta: ()

Tuberculosis (TB) Marque todas las que apliquen al paciente y/o guardián:

Historial

- TB activa o historial reciente (aun cuando haya estado tomando medicamentos)
- NA

Síntomas

- Tos persistente que ha durado mas de dos semanas
- Fiebre o escalofríos
- Perdida de peso de mas de 10 lbs (sin haberse sometido a una dieta o rutina de ejercicios con el propósito de perder peso)
- Espujo con sangre
- Sistema inmunologico afectado (HIV, cáncer, enfermedades crónicas)
- Ninguna aplica

Para Uso del Terapista Solamente

Comentarios: _____

Factores de Riesgo

- Ha estado encarcelado en los últimos dos años
- Ha estado expuesto a la tuberculosis
- Nacido en otro país fuera de los EU
- Ha vivido en un albergue como resultado de no tener vivienda
- Ninguna aplica

Health Insurance Portability Accountability Act (HIPPA)

Existe la posibilidad de que necesitemos comunicarnos con usted;

- con relación a citas y/o cancelaciones
- para verificar información de salud personal
- para informarle de equipo/articulo que este listo para recoger

De así ser, por favor seleccione de las siguientes opciones, el lugar donde usted prefiere que le dejemos el mensaje:

- Trabajo – Teléfono: _____
- Casa – Teléfono: _____
- Otro – Teléfono: _____
- Correo electrónico: _____
- NO – por favor no deje mensajes.**

Gracias por tomarse el tiempo de completar este cuestionario