Florida Hospital SPORTSMEDICINE AND REHABILITATION

HISTORIAL MEDICO caw 09/26/08

Nombre: _____ Fecha: _____ SS #: _____

Médico que lo refirió: _____ Médico de la familia: _____

¿Ha padecido o padece de lo siguiente?

	SI	NO		SI	NO
Asma, Bronquitis, Enfisema	___	___	Severos o Frecuentes Dolores de Cabeza	___	___
Corto de Respiración/Dolor de Pecho	___	___	Problemas de Visión o Audición	___	___
Enfermedad de las Coronarias o Angina	___	___	Adormecimiento o Cosquilleo	___	___
Tiene un Marcapaso	___	___	Mareo o Síncope (desmayarse)	___	___
Alta Presión	___	___	Debilidad	___	___
Ataques o Cirugía del Corazón	___	___	Perdida De Peso	___	___
Ataques Cerebro Vasculares/Derrame	___	___	Problemas Intestinales o de la Vejiga	___	___
Enfermedades del Corazón	___	___	Hernia	___	___
Coágulos Sanguíneos/ Embolia	___	___	Venas Varicosas	___	___
Epilepsia/Convulsiones	___	___	Alergias (incluya medicinos a los cuales es al érgico(a))	___	___
Enfermedad de la Tiroides/"Goiter"	___	___	Implantes de Metal	___	___
Anemia	___	___	Reemplazo de Articulaciones	___	___
Enfermedades Infecciosas	___	___	Lesión o Cirugía del cuello	___	___
Diabetes	___	___	Lesión o Cirugía del Hombro	___	___
Cáncer o Quemo Terapia/Radiación	___	___	Lesión o Cirugía del Codo/Muñeca/Mano	___	___
Artritis	___	___	Lesión o Cirugía de la Espalda	___	___
Osteoporosis	___	___	Lesiono o Cirugía de la Rodilla	___	___
Gota	___	___	Lesión o Cirugía de la pierna/pie/tobillo	___	___
Problemas con el Sueño	___	___	¿Esta embarazada?	___	___
Problemas Emocionales/Psicológicos	___	___	¿Usa tabaco?	___	___
Inyecciones de cortisona / epidural	___	___	Otros: _____	___	___

Por favor explique a las que conteste **SI**: _____

_____

EVALUACION DEL RIEZGO DE CAIDAS

	SI	NO
¿Está bajo el cuidado de un médico por mareos o problemas de balance/equilibrio?	___	___
¿Pierde el equilibrio o necesita ayuda cuando se va a poner de pie?	___	___
¿Tiene dificultad caminado si no se aguanta de las paredes o muebles?	___	___

¿Cuántas veces se ha caído en los últimos tres meses? _____

¿Cuándo y cómo se cayó la ultima vez?_____

LISTA DE MEDICAMENTOS

(Por favor anote todos y cada unos de lo medicamentos que toma actualmente. Incluya medicinas con o sin receta y vitaminas)

DEJENOS SABER SI COMIENZA A TOMAR UN NUEVO MEDICAMENTO DURANTE EL TRANSCURSO DEL TRATAMIENTO

☐ **En estos momentos no estoy tomando ningún medicamento (esto incluye recetado o comprado sin receta)**

NOMBRE/DOSIS	FREQUENCIA	NOMBRE/DOSIS	FREQUENCIA
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_			