



Para ayudarnos a evaluar la causa de su problema, pedimos que usted conteste las preguntas siguientes completamente.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estatus Matrimonial: Soltero/a Casado/a Otro _____ Seguro Social: _____

Dirección: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono de Casa: _____ E-Mail: _____

Método Preferido del Contacto: Celular Teléfono E-Mail

Médico que Refiere: _____ Médico Primario: _____

Empleador: _____ Teléfono de Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Contacto de Recursos Humanos: _____

Historia:

¿Qué problema te trajo a la terapia física? _____

¿Como comenzó este problema? _____

¿Qué pruebas o tratamiento ha tenido para este problema? _____

¿A tenido cirugía para este problema? Si No Fecha de la cirugía: _____

¿Qué medicamentos está tomando actualmente (incluye dosis)? _____

¿Con quien vives? (marque todas las que correspondan)

- Solo Cónyuge/Pareja Otros Hijo/Hijos Otros Pariente(s)
- Grupo de Inquilinos Asistente de Cuidado Personal Otro: _____

¿Donde vive usted?

- Casa Privada Apartamento Privado Habitación Alquilada Hogar de vida/Asistida Grupo
- Asilo de ancianos Otro _____

¿Utilizas un: (marque todas las que correspondan)

- Bastón Andador Silla de ruedas manual
- Silla de ruedas o silla de ruedas motorizada Otro

¿Tiene una historia de los siguientes? (marque todas las que correspondan)

- Condición Del Corazón Diabetes Presión Arterial Alta Marcapasos Asma
- Artritis Enfermedad Vascular Periférica Demencia Enfermedad Cerebrovascular
- Enfermedad Pulmonar Crónica Enfermedad Del Tejido Conectivo Úlcera
- Enfermedades Del Hígado Carrera/CVA Enfermedad Renal Tumores
- Dolor De Espalda O Cuello Dolor de Cadera/Pierna/Rodilla/Tobillo
- Dolor En El Hombro Leucemia Linfoma Dolor en la Mano/Muñeca
- Metástasis Sida Otro: _____

Indique cualquier alergia que tenga: _____

Situación actual:

¿Cuál es su sintoma o problema principal? _____

¿Hay posiciones o actividades que hacen su condición peor? _____

¿Hay posiciones o actividades que faciliten su condición? _____

Dolor:

¿Dónde está su area primaria de dolor? _____

¿Cómo describe su dolor(calambres, opaco, como cuchillos, otro)? _____

¿Cuándo comienzo el dolor? _____

¿Con que frecuencia tiene dolor?

- Nunca (menos de 10% de el dia) De Vez En Cuando(11-25%) Inermitente(26-50%)
- Casi Siempre(51-75%) Siempre(76-100%)

Por favor clasifique su area del dolor en la escala de 1-10. Circule el número que clasifica su dolor.

Dolor en reposo:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Ninguno		Débil		Moderado		Fuerte		Maximo	
Dolor con el movimiento:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Ninguno		Débil		Moderado		Fuerte		Maximo	

Datos Personales:

¿Estás actualment empleado? Si No

¿Estás actualmente trabajando? Si No

Por favor describa tu ocupación y las desmandas fisicas: _____

¿Participa en alguna de las siguientes? (marque todar las que correspondan)

- Golf Bowling Tenis Correr Natación Ciclismo Triatlones Béisbol /Softbol
- Fútbol Baloncesto Voleibol Animador Baile Artes Marciales Otro: _____

Describe su participación en esta actividad: Casual/Pasatiempo Aficionado Profesional

¿Pertenece usted a un club o la liga? Si No. Si es sí, ¿dónde? _____