

Nombre _____

Fecha _____

Fecha de Lesion _____

Ha herido esta parte del cuerpo antes SI NO

Historia

Medica

Hipertensión	Derrame	Enfermedad renal o piedras
Colesterol Alto	Asma	Uso de esteroide
Diabetes	Osteoporosis	Mareos o desmayos
Cáncer	Arthritis	Problemas emocionales
Problemas Cardíacos	Epilepsia	Inexplicada pérdida de peso recientemente
Infarto	VIH/SIDA	Otros _____

Por favor, nombrar previas cirugias

Por favor nombrar todos las recetas y los medicamentos que está tomando actualmente: _____

Usted esta embarazada? SI NO

Desde su lesión, tienes o están experimentando cualquiera de los siguientes:

Visión doble	Visión borrosa	Mareos y desmayos
Náuseas	Hormigueo	Problemas del intestino y vejiga
Lenguaje cercenado	Entumecimiento	Dificultad en tragar

Describa brevemente como resultaron las heridas

Intensidad del dolor: 0 a 10 ; 0 = No dolor 10 = Intenso dolor

Actualmente _____ AM _____ PM _____ Con actividad _____

Descripcion del dolor:

Agudo	Hormigueos	Lastimado
Opaco	Entumecimiento	Palpita
Dolor	Apretado	Pulsante
		Ardiente

Que Hace que el dolor se empeore

Caminar	Actividad deportiva	Empujando / Jalando
		Entrando o saliendo del auto
Sentado	Manejando	Agachandose
De pie	Levantando	Doblandose
Corriendo	Torciendo	Acostado

Que le quita o alivia el dolor?

Calor Frío/Hielo Medicamentos Descanso
Otros _____

Occupacion _____

Por favor, haga un círculo en todas las actividades que tienen dificultad desde su lesión

Manejando	Trabajo con computadora	Bañarse y
Levantando _____ lbs	Arrodillado	Vestirse
Empujar/Tirar	Moviendo pacientes	Limpiando
Caminando	Jardineria	Durmiendo
Sentado	Subiendo/Bajando Escalera	
Cocinando	OTROS _____	

Por favor, incluya cualquier pregunta que le gustaría su terapeuta que responda acerca de su diagnosis/lesion actual