



PHYSICAL THERAPY & HAND CENTERS

Historia y Condicion del Paciente

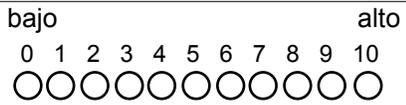
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Médico referente: _____

FECHA DE LA HERIDA : _____ FECHA DE CIRUGÍA : _____

La problema que se va tratar:

En una escala de 0 a 10, qué tanto dolor está usted? (llenar la burbuja)



¿Ha tenido terapia física por esta problema antes? Si No

¿Ha recibido tratamiento para este problema antes? Si No Si es si, por favor explique más abajo:

¿Ha tenido cirugía asociado a esta problema? Si No

¿Está usted actualmente tomando algún medicamento? Si No Si es si, apunto los nombres de medecina:

Tiene o ha tenido alguna de los siguiente:

- Diabetes Si No
- Alta Presión Sanguinea Si No
- Enfermedad del Corazón Si No
- Dolores De Cabeza Si No
- Problemas Rinones Si No
- Disorden Nerviosos Si No
- Problemas Circulación Si No
- Dolor Espalda/Cuello Si No
- Estrés Si No
- Sensible ha Hielo/Calor Si No
- Allergias Si No
- Hernia Si No
- Huesos Rotos Si No
- Esguince Articulaciones Si No
- Convulsiones Si No
- Mareos Si No
- Dolores Musculares Si No

- ¿Tiene usted un marcapasos? Si No
- ¿Tiene algún implante de metal? Si No
- ¿Está usted embarazada? Si No
- ¿Tienes problemas con la visión? Si No
- ¿Tiene problemas con el oído? Si No
- ¿Tiene problemas con el equilibrio? Si No
- ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con cáncer? Si No
- ¿Alguna vez has tenido un ataque al corazón? Si No

Si es si, por favor explique más abajo:

Haga una lista de cualquier otra enfermedad o intervención quirúrgica que se ha producido en el último año:

La información anterior es exacta y completa al mejor de mi conocimiento.

Firma _____

Fecha _____