



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)

bajo	alto
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	

¿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 _____