

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de inicio de: Lesión Problema Cirugía _____

Diga cuál es la razón principal para esta terapia: _____

¿Usted tiene, o ha tenido alguna vez, alguno de los siguientes?

- | | | | |
|----------------------------------|---|------------------------------|---|
| Presión arterial alta..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Mareos/Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fracturas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas circulatorios..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cambio de peso reciente..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas Vejiga/Intestino | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas para tragar..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas renales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Historia de caídas..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ataque/Mini ataque cerebral..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reemplazo de cadera | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Falta de aliento..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reemplazo de rodilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas cardíacos..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Otro | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si la respuesta es **Sí** a cualquiera de las anteriores, por favor explique: _____

Por favor enumere todas las condiciones médicas o diagnósticos importantes que haya tenido:

Por favor indique cualquier operación, procedimiento quirúrgico o invasivo que haya tenido anteriormente:

Por favor indique todas las medicinas que está tomando actualmente incluyendo: medicamentos a largo plazo, que está tomando en este momento, medicinas de venta libre, o preparaciones con hierbas:

Por favor describa cualquier reacción adversa o alérgica que tenga a cualquier medicina: _____

¿El problema está relacionado con un accidente de tráfico? Sí No Si la respuesta es **Sí** diga cuándo? _____
Ha tenido este problema antes? Sí No Si la respuesta es **Sí** diga ¿cuándo? _____

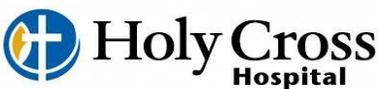
Si la respuesta es **Sí** ¿recibió terapia para este problema? Sí No

Si la respuesta es **Sí** ¿qué tratamiento le ayudó? _____

¿Este problema le ha impedido hacer sus labores diarias? Sí No

Si la respuesta es **Sí** ¿cuál? _____

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia? Especifique: _____



Patient Label
FORM#300-205 05/07/07

EVALUACION DEL DOLOR

1. ¿Tiene dolor en este momento? Sí No

2. Si la respuesta es no, ¿ha tenido dolor en las últimas 24 horas o en los días, semanas o meses pasados? Sí No

Si la respuesta a las preguntas anteriores es **NO, PARE!**

Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas es Sí, continúe:

3. ¿El dolor que está sintiendo está relacionado con la razón por la cual está recibiendo la terapia? Sí No

Si la respuesta a la pregunta #3 es **Sí**, COMPLETE LA EVALUACION INICIAL DEL DOLOR.

EVALUACION INICIAL DEL DOLOR

	Ubicación 1	Ubicación 2	Ubicación 3	Ubicación 4
Ubicación: ¿ Dónde tiene el dolor?				
Tipo de dolor: ¿Cómo siente el dolor en cada parte? (palpitante, sensibilidad y dolor que se irradia, punzante, agudo, calambres, ardor, dolor suave, fuerte, etc.)				
Intensidad: En una escala de 0 a 10 siendo 0 "no dolor" y siendo 10 "el peor dolor" califique su dolor como lo siente en este momento.				
Califique su dolor en la menor intensidad: (0-10)				
Califique su dolor en la mayor intensidad: (0-10)				
¿Cuál es su meta en cuanto a reducción de intensidad del dolor?				
Hora/Frecuencia: ¿Cuándo le empezó el dolor?				
¿El dolor es constante (presente siempre) o es intermitente (viene y se va)?				
¿Qué posiciones o situaciones ayudan a aliviar (mejorar) su dolor?				
¿Qué posiciones o situaciones agravan o hacen que su dolor empeore?				

¿Qué terapias alternativas ha usado? Ninguna Frio Calor Masaje

Otra: _____ Qué le trabaja bien? _____ Cuál le trabaja mal? _____

Toda esta información ha sido revisada por el paciente y/o su familia: Sí

Firma de la persona que llenó este formulario

Fecha

Firma del personal

Fecha