

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA DE TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE LA LESIÓN _____

CAUSA DE LA LESIÓN _____ ¿HA TENIDO PT u OT ESTE AÑO (MARQUE UNO) **S / N**

¿QUÉ ES LO QUE NO ESTÁ HACIENDO AHORA DEBIDO A SU CONDICIÓN?

¿CONSIDERA QUE SU DOLOR (MARQUE UNO) ES LEVE / MODERADO / GRAVE _____

¿QUÉ HACE QUE SU DOLOR MEJORE O EMPEORE? _____

¿CUÁLES SON TUS METAS O QUÉ QUIERES SER CAPAZ DE HACER QUE NO PUEDES HACER AHORA? _____

DESCRIBA SU ESTADO GENERAL DE SALUD (MARQUE UNO) BUENO REGULAR MALO

¿TUVO UNA CIRUGÍA U HOSPITALIZACIÓN RECIENTE (MARQUE UNO) **Y / N** EN CASO AFIRMATIVO: ¿CUÁNDO Y POR QUÉ?

¿TE HAS HECHO PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES RECIENTEMENTE PARA ESTA CONDICION? (RADIOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS, TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS) **S / N**

¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS SI SECONOCIERON _____

ENUMERE EL HISTORIAL MÉDICO PERTINENTE (PROBLEMAS CARDÍACOS Y PULMONARES, PRESIÓN ARTERIAL ALTA, DIABETES, AFECCIONES AUTOINMUNES, ARTRITIS, CÁNCER, CIRUGÍAS PREVIAS, ALERGIAS, ETC.)

HAGA UNA LISTA DE LOS MEDICAMENTOS ACTUALES

ACUERDO:

Acepto asistir cuando esté programado. (Las cancelaciones afectan a 3 personas: su terapeuta, los pacientes que desean citas y su recuperación).

Si no puedo asistir, acepto permitir un aviso de cancelación de 24 horas.

Estoy de acuerdo en hacer un buen esfuerzo en mi programa de rehabilitación.

Si se pierden 2 citas programadas, AHMC Rehabilitation se reserva el derecho de dar de alta su tratamiento y notificar al consultorio del médico remitente.

Nos comprometemos a proporcionarle fisioterapia y terapia ocupacional de calidad para ayudarle a alcanzar un mayor nivel de rendimiento.

Firma del paciente o representante: _____ Fecha: _____