

Questionario Medico Para Terapia Fisica

Nombre _____ Sexo M F Edad _____ Altura _____ Peso _____

Mano dominante R L Ocupación _____ Lugar de Empleo _____

Historial Medico

Cirugías Relevantes o Hospitalizaciones

Liste todas sus medicamentos corrientes

Por favor liste sus alergias: _____

Recientemente ha experimentado alguno de los siguientes (Verifique si le aplica)?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> fatiga | <input type="checkbox"/> entumecimiento u hormigueo | <input type="checkbox"/> constipación y diarrea |
| <input type="checkbox"/> fiebre/resfriados/sudores | <input type="checkbox"/> mareos | <input type="checkbox"/> mucho dolor en las noches |
| <input type="checkbox"/> nausea/vómitos | <input type="checkbox"/> cambios en apetito | <input type="checkbox"/> falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Perdida peso/ganancia | <input type="checkbox"/> acidez estomacal/indigestión | <input type="checkbox"/> desmayos |
| <input type="checkbox"/> dificultad manteniendo balance (caídas) | <input type="checkbox"/> dificultad tragando | <input type="checkbox"/> tos |
| <input type="checkbox"/> debilidad muscular | <input type="checkbox"/> cambio en sus heces u orina | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza |

Tu o algún miembro de familia ALGUNA vez has sido diagnosticado con alguna de las siguientes (verifique si aplica)?

- | | | |
|---|---|---|
| Tu Familia | Tu Familia | Tu Familia |
| ↓ ↓ | ↓ ↓ | ↓ ↓ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> depresión/ansiedad | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas de toroide |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diabetes |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dolor de pecho/anginas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> presión alta | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osteoartritis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otra condición artrítica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> infección/ problemas con los ojos |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> derrames | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> infecciones urinarias | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epilepsia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas en riñones/ infecciones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas del hígado/ hepatitis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> infección de huesos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> enfermedad de transmisión sexual /VIH | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> úlceras |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> abusos de alcohol | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inflamación del pelvis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> neumonía |

Te has caído en los últimos 6 meses? S N Si la respuesta es sí cuándo? _____

Has recibido exámenes de imágenes? X-ray, MRI, Otro _____

Describe por favor cuando y como comenzó su condición . Fecha _____



Circule el número que le describe mejor y la severidad de su dolor

Lo PEOR en las últimas 24 horas

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Lo peor

Lo mejor en las últimas 24 horas

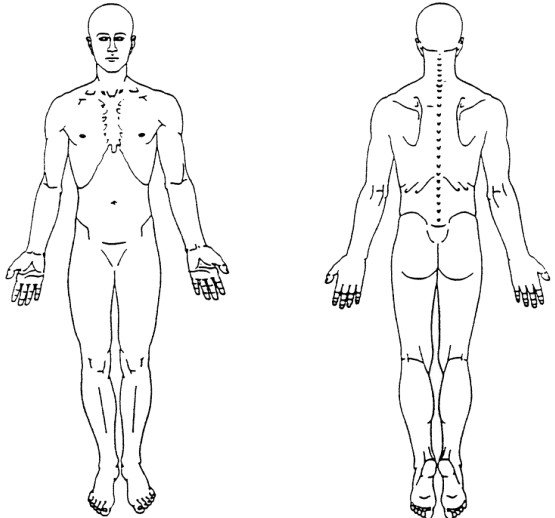
No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Lo peor

PROMEDIO en las últimas 24 horas

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Lo peor

Sus síntomas incrementan en la noche? S N

Mapa Corporal
 Por favor marque las áreas donde usted siente dolor en el mapa de la derecha



Que hace tus síntomas empeorar?

Que hace tus síntomas mejorar?

Has recibido tratamiento antes por este problema? _____

Actualmente fumas? S N Si es afirmativo cuantos por día? _____

Si has dejado de fumar, por cuantos años fuiste fumador? _____

Consumes alcohol? S N Si es afirmativo cuantos por día? _____

Usas alguna droga recreacional? S N

Piensas que puedes estar embarazada? (mujeres solamente) S N

Te sientes seguro/a en la situación actual dónde vives? S N

Lista alguna de las actividades que tienes dificultad o no puedes hacer actualmente:

1. _____
2. _____
3. _____

Cuáles son tus metas en Terapia Física? _____

Cuál es tu método favorito de aprendizaje? Información escrita Instrucción verbal Demostración

Firma del Paciente _____

Guardian o Padre _____