

## 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)?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| Si <input type="checkbox"/> fatiga                                  | Si <input type="checkbox"/> entumecimiento u hormigueo   | Si <input type="checkbox"/> constipación y diarrea    |
| Si <input type="checkbox"/> fiebre/resfriados/sudores               | Si <input type="checkbox"/> mareos                       | Si <input type="checkbox"/> mucho dolor en las noches |
| Si <input type="checkbox"/> nausea/vómitos                          | Si <input type="checkbox"/> cambios en apetito           | Si <input type="checkbox"/> falta de aliento          |
| Si <input type="checkbox"/> Perdida peso/ganancia                   | Si <input type="checkbox"/> acidez estomacal/indigestión | Si <input type="checkbox"/> desmayos                  |
| Si <input type="checkbox"/> dificultad manteniendo balance (caídas) | Si <input type="checkbox"/> dificultad tragando          | Si <input type="checkbox"/> tos                       |
| Si <input type="checkbox"/> debilidad muscular                      | Si <input type="checkbox"/> cambio en sus heces u orina  | Si <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<br>↓<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cáncer<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas cardiacos<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dolor de pecho/anginas<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> presión alta<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas circulatorios<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> coágulos sanguíneos<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> derrames<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anemia<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> infección de huesos<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> abusos de alcohol | Tu Familia<br>↓<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> depresión/ansiedad<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas pulmonares<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> asma<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osteoartritis<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> artritis reumatoide<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otra condición artrítica<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> infecciones urinarias<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas en riñones/ infecciones<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> enfermedad de transmisión sexual /VIH<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inflamación del pelvis | Tu Familia<br>↓<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas de toroide<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diabetes<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osteoporosis<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> esclerosis múltiple<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fibromialgia<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> infección/ problemas con los ojos<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epilepsia<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas del hígado/ hepatitis<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> úlceras<br><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 \_\_\_\_\_**



Ukiah, CA  
**PHYSICAL THERAPY SUMMARY**

Patient Identification



\* 1 8 1 \*