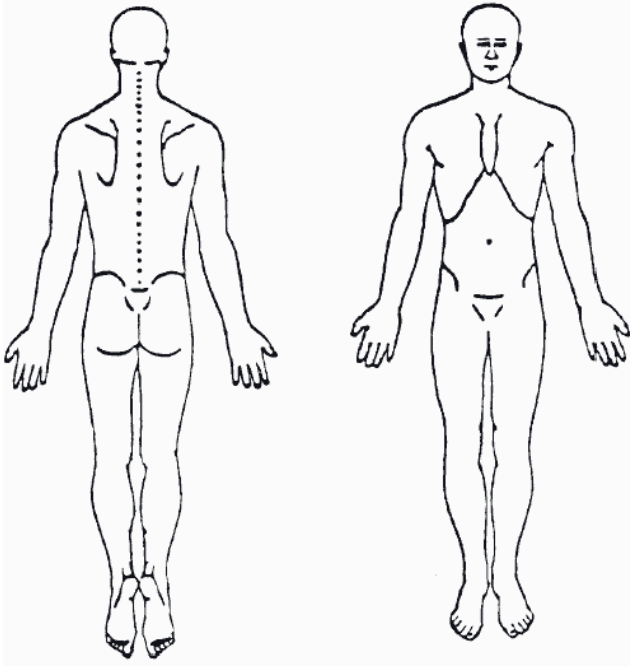




Fecha: _____

Calificación	Número	Descripción
Dolor Máximo	9 10	Emergencia inmediata, hospitalización, paciente incapaz de hablar, discapacitado, el peor dolor imaginable
Dolor Severo	7 8	Paciente lloroso, necesita acostarse, requiere tomar medicamentos adicionales, se le dificulta participar en una conversación
Dolor Fuerte	5 6	Paciente debe detener la actividad que esté realizando, incapaz de mantener la posición del cuerpo, movimientos muy restringidos
Dolor Moderado	3 4	Paciente necesita más descansos, ritmo de trabajo más lento, movimientos lentos o alterados, se apoya en superficies cercanas, cojea
Dolor Leve	1 2	El dolor está presente, pero su intensidad es baja y es manejable, no se observan limitaciones debidas al dolor
Sin Dolor	0	No hay dolor, no hay limitaciones debidas al dolor

<p>Utilizando la anterior escala de dolor, por favor califique su dolor de 0 a 10:</p> <p>En este momento: _____</p> <p>En el mejor momento: _____</p> <p>En el peor momento: _____</p> <p>Encierre en un círculo la palabra o palabras que mejor describen sus síntomas:</p> <p>dolor, ardor, calambres, dolor sordo, dolor fuerte, entumecimiento, presión, dolor radiante, agudo, opresivo, hormigueo</p> <p>Otros: _____</p>	<p style="text-align: center;">Marque el área de los síntomas en este diagrama del cuerpo:</p> <div style="text-align: center;">  </div>
--	--

¿Qué actividades / posiciones empeoran sus síntomas? _____

¿Qué actividades / posiciones alivian sus síntomas? _____

¿Qué objetivos desea lograr con la terapia? _____



HISTORIA MÉDICA

Fecha: _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis / Osteoporosis (donde: _____) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado / Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea / sangrado o moretones fáciles | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar / Asma / EPOC |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | Enfisema / Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer / Tumor: Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Linfedema |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: Píldoras / Insulina / Dieta controlada | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico: Accidente |
| <input type="checkbox"/> Infección resistente a los medicamentos / MRSA | cerebrovascular / AIT |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones | Lesión de médula espinal/Lesión en la cabeza / MS |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides Hipo / Hiper |
| <input type="checkbox"/> Condición cardíaca: _____ | <input type="checkbox"/> Problema del habla o la deglución |
| <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Problema de la memoria |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problema auditivo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno inmunológico: _____ | <input type="checkbox"/> Problema de la visión |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal / Diálisis | |

* ¿Está embarazada? SI / NO

* ¿Usted fuma? SI / NO Paquetes / día: _____

Comentarios sobre las condiciones anteriores:

Otras condiciones médicas / fracturas / lesiones graves: Por favor, anote las cirugías previas que nosotros debemos estar conscientes

_____ Fecha: _____	_____ Fecha: _____
_____ Fecha: _____	_____ Fecha: _____
_____ Fecha: _____	_____ Fecha: _____
_____ Fecha: _____	_____ Fecha: _____

Por favor anote los medicamentos actuales con las dosis: No tomo medicamentos actualmente

Por favor anote cualquier alergia a medicamentos, adhesivos o al látex: Sin alergias conocidas

¿En este año ha recibido tratamientos de terapias? (Incluya ancianatos, Servicios de salud en el hogar, etc.)

Terapia Física Terapia Ocupacional Terapia del Habla ¿Dónde? _____

Sí No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Siente <u>inseguridad</u> en casa, en el trabajo o en la escuela? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El año pasado, ¿fue lastimado(a) físicamente por alguien o forzado(a) a tener relaciones sexuales? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene una orden de restricción? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le gustaría tener la oportunidad de discutir estas o cualquier otra inquietud? |