



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