

## Admisión a los servicios de rehabilitación

¡Bienvenido/a! Complete este formulario lo mejor que pueda y devuélvalo en la recepción. ¡Gracias!

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión/inicio de los síntomas: \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta (dolor, equilibrio, etc.): \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Pronombres (marcar con un círculo): Ella Él Indefinido Otro

¿Qué hace en su tiempo libre/cuáles son sus pasatiempos? \_\_\_\_\_

¿Qué meta realista desearía alcanzar con la terapia? \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que le gustaría que sepamos? \_\_\_\_\_

<p>Queremos conocer <b>sus metas</b> porque estas nos ayudan a guiar su atención. A continuación, enumere tres actividades importantes con las que está teniendo dificultad o no puede hacer.</p>	<p><b>0 = No puede</b> realizar la actividad      <b>10 = Puede</b> realizar la actividad al mismo nivel que antes de la lesión o el problema</p>										
<p><b>¿Qué actividades le resultan difíciles debido a su lesión o problema? Enumérelas abajo y marque su calificación actual.</b></p>	<p><b>CALIFICACIÓN <u>ACTUAL</u></b></p>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.											
2.											
3.											

**Marque todos los síntomas que siente actualmente:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos/sudoración              | <input type="checkbox"/> Equilibrio deficiente (caídas) | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inusual             |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo o entumecimiento                 | <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito          | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar              |
| <input type="checkbox"/> Depresión                                  | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar       | <input type="checkbox"/> Mareos                              |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                            | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos                | <input type="checkbox"/> Mayor dolor durante la noche        |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                                     | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir         | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse/pensar |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la función vesical o intestinal |   |  |

**Marque cualquier antecedente médico o quirúrgico de los que debamos estar al tanto:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis                            | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca          | <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal                                      |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre                  | <input type="checkbox"/> Hernia                     | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/ accidente isquémico transitorio (AIT) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hematológica             | <input type="checkbox"/> Presión alta               | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                              | <input type="checkbox"/> Colesterol alto            | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/diálisis  | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria   |
| <input type="checkbox"/> Infección resistente a los fármacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/hepatitis | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones              | <input type="checkbox"/> Linfedema                  | ¿Está embarazada/dando de mamar?  |
|  |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                   |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia                        | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple        | ¿Fuma?  |
|  |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                   |

¿Es alérgico al látex y/o los adhesivos? ☐ Sí      ☐ No

**Este año, ¿hizo alguna otra terapia o tratamiento de atención alternativa?**

- |                                       |  |  |                                      |
|---------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Terapia del habla | <input type="checkbox"/> Quiropraxia |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura   | <input type="checkbox"/> Masajes             |  |                                      |

¿Cuántas consultas realizó?: \_\_\_\_\_ Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_

**Caídas**

¿Le preocupa caerse o perder el equilibrio? ☐ Sí ☐ No ☐ \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces se ha caído o ha estado a punto de caerse en los últimos 6 meses?

\_\_\_\_\_

**Gráfico corporal:**

En los diagramas corporales a continuación, marque las áreas en las que tiene síntomas.

**Marque con un círculo todas las opciones que correspondan:**

Dolor fulgurante/agudo

Dolor sordo/leve

Entumecimiento

Hormigueo

**Actualmente, mis síntomas:**

☐ Van y vienen

☐ Son constantes

☐ Son constantes, pero cambian con actividad

**Clasifique de 0 a 10 el dolor que sintió en los últimos días/semanas.  
0 = sin dolor, 10 = el peor dolor imaginable.**

Actualmente, mi dolor: \_\_\_\_\_

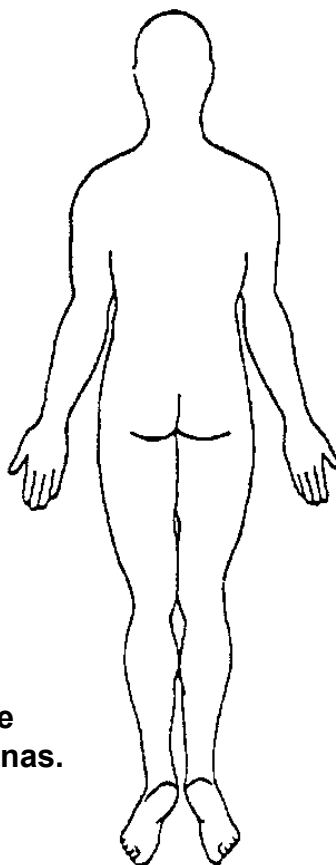
Siento el menor dolor: \_\_\_\_\_

Siento el mayor dolor: \_\_\_\_\_

Mis síntomas empeoran con: \_\_\_\_\_

Mis síntomas mejoran con: \_\_\_\_\_

(Izq.) – **Dorso** – (Der.)



(Der.) – **Frente** – (Izq.)

