

### ocupacional de la terapia

1. Cuál es la razón que se le refirió a terapia ocupacional? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Qué otros tratamientos se han intentado: \_\_\_\_\_

3. Ayudó?  Sí  No Si sí, cómo ayudó? \_\_\_\_\_

4. Cuándo es su siguiente cita con el médico que lo refirió refiere? \_\_/\_\_/\_\_

5. Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

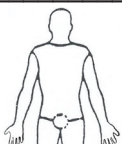
Describe los requisitos físicos de ese trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Qué ayuda usted tiene de su familia/ significativo otra/patrón \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

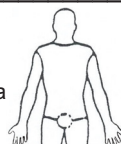
7. Inicio del problema: \_\_\_\_\_ Describe qué sucedió: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Marque las áreas del dolor:

frente



parte posteriora



9. ¿Qué actividades aumentan su dolor? \_\_\_\_\_

10. ¿Cómo puede usted Aliviar el dolor? \_\_\_\_\_

11. Limitaciones funcionales:

Uno mismo de alimentación	<input type="checkbox"/> limitado	<input type="checkbox"/> Muy limitado	<input type="checkbox"/> Incapaz hacer
Corte	<input type="checkbox"/> limitado	<input type="checkbox"/> Muy limitado	<input type="checkbox"/> Incapaz hacer
Preparación	<input type="checkbox"/> limitado	<input type="checkbox"/> Muy limitado	<input type="checkbox"/> Incapaz hacer
Sujetadores	<input type="checkbox"/> limitado	<input type="checkbox"/> Muy limitado	<input type="checkbox"/> Incapaz hacer
Preparación	<input type="checkbox"/> limitado	<input type="checkbox"/> Muy limitado	<input type="checkbox"/> Incapaz hacer
El bañarse	<input type="checkbox"/> limitado	<input type="checkbox"/> Muy limitado	<input type="checkbox"/> Incapaz hacer
El conducir	<input type="checkbox"/> limitado	<input type="checkbox"/> Muy limitado	<input type="checkbox"/> Incapaz hacer
Trabajo	<input type="checkbox"/> limitado	<input type="checkbox"/> Muy limitado	<input type="checkbox"/> Incapaz hacer

14. Usted ha tenido algunos de los siguientes problemas?

___ Enfermedad cardíaca del	___ problemas del Kidney	___ Fracturas	___ Desórdenes de sangre
___ Diabetes del	___ salud Mental	___ Stroke	___ Cancer
___ Problemas circulatorios del	___ alta presion	___ Hepatitis C	

15. Mencione cirugías previstas: \_\_\_\_\_

16. Esta usted embarazado?  Sí  No

17. Qué expectativas piensa obtener de terapia ocupacional? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_