

Sims Physical Therapy

2530 Professional Parkway, Santa Maria, CA 93455
(805)928-4465 (805)928-7935

paciente de la historia

Nombre paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha: ___/___/___

Médico de cabecera: _____ ¿Razón de la terapia física? _____

¿Usted está trabajando actualmente? Sí No ¿Si sí, qué fecha fueron tomados? ___/___/___

Actividades del trabajo: _____ Luz Pesado Muy pesado
_____ Luz Pesado Muy pesado
_____ Luz Pesado Muy pesado
_____ Luz Pesado Muy pesado

¿Las radiografías fueron tomadas? Sí No ¿Si sí, qué fecha fueron tomados? ___/___/___

¿Cómo ocurrió el dolor? _____

¿Usted tiene historia anterior de los mismos episodios de lesión o del dolor? Sí No

Si explique sí brevemente: _____

_____ Fecha ___/___/___

¿Usted ha tenido terapia física anterior para su condición? Sí No

¿Fechas del servicio? ___/___/___ hasta ___/___/___

¿Esta actualmente tomando medicamentos? Sí No Si sí, nombre por favor la medicina y para qué condición

MEDICACIÓN

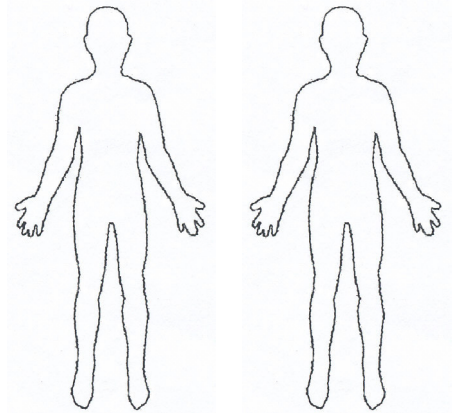
CONDICIÓN

Continúe por favor en la parte posterior si no bastante espacio

Describa sus actuales síntomas: _____

¿Usted tiene o a tenido lo siguiente? Por favor cheque sí o no.

Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tensión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas sensoriales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desórdenes nerviosos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ataque del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía anterior	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas del riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Actualmente embarazado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implantes del metal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		



Frente

Parte posterior

Marca en la carta del cuerpo las sensaciones siguientes: Dolor-P Entumecimiento-N El zumbar-T

Usted tiene dolor con: El estar parado Sentada El toser Mentira en el estómago Mentira encendido detrás

El dolor es: Constante Intermitente Agudo Embotado

¿Qué hace dolor peor? Explique brevemente: _____

¿Es el dolor mejor o peor pues progresa el día? Mejor Peor

¿El dolor le despierta en la noche? Sí No ¿Está el dolor presente sobre despierta? Sí No

Firma del paciente: _____