

Sims Physical Therapy

2530 Professional Parkway Santa Maria, CA 93455 **Phn.** 805.928-4465 **Fax** 805.928.7935
 915 E. Stowell Rd. STE D Santa Maria, CA 93454 **Phn.** 805.314.2567

Formulario de Historial del Paciente

Nombre Del Paciente:	Médico de familia:	Fecha De Nacimiento: ___/___/___
Razón por su vista :		
¿Cómo ocurrió la lesión?		
Fecha de inicio:	Fecha de la cirugía:	Motivo de la cirugía
Intensidad media del dolor	últimas 24 horas: Sin dolor ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ El peor dolor	
	Semana pasada: Sin dolor ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ El peor dolor	
¿Experimenta? <input type="checkbox"/> Dolor radiante <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño		
¿Tienes dolor con?: <input type="checkbox"/> De pie <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Acostado en el estómago <input type="checkbox"/> Acostado en la espalda		
¿Con qué frecuencia los síntomas han interferido con tus actividades diarias habituales?		
<input type="checkbox"/> De nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Un rato largo <input type="checkbox"/> Extremadamente		
¿Qué actividades/tratamientos mejoran tus síntomas?		
¿Qué actividades/tratamientos empeoran los síntomas?		
¿Esta lesión es el resultado de algún accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/> Coche <input type="checkbox"/> una caída <input type="checkbox"/> trabajo relacionado <input type="checkbox"/> Otro		
Ocupación:	¿Está actualmente fuera del trabajo debido a su lesión? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Actividades de trabajo incluir (Marcar todo lo que se aplican)		
<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Elevación <input type="checkbox"/> Uso de una computadora <input type="checkbox"/> Agachado		
<input type="checkbox"/> De pie <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> Otro _____		
Cualquier prueba de diagnóstico o inyecciones para esta afección (MRI, X-ray, CT scan etc.):		
¿Dónde se hizo?		
¿Está recibiendo actualmente algún otro tipo de atención por esta lesión? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, ¿qué tratamiento?		
¿Ha recibido terapia en el pasado para esta condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si es así, ¿resultado? <input type="checkbox"/> Exitoso <input type="checkbox"/> Fracado		

Nombre del medicamento	Método de entrega	Potencia	Frecuencia
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inyección		
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inyección		
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inyección		
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inyección		
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inyección		

¿Tiene algún síntoma de tipo de gripe? (i.e. Fiebre, Tos) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué síntomas?
¿Tiene heridas, cortadas o lesiones abiertas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Tiene alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
<input type="checkbox"/> Actualmente Embarazada	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Condición cardíaca	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Implantes metálicos
<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Marcapasos/Difibulador
<input type="checkbox"/> Hepatitis (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C)	<input type="checkbox"/> Cirugía Previa	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide
<input type="checkbox"/> Embolio	<input type="checkbox"/> Problemas Auditivos	<input type="checkbox"/> Problemas para orinar
<input type="checkbox"/> Infección reciente	<input type="checkbox"/> Hinchazón Articular o Muscular	<input type="checkbox"/> Hernia
<input type="checkbox"/> HIV/Sida	<input type="checkbox"/> Problema renal	<input type="checkbox"/> Otro

Mi próxima cita con mi médico es el ___/___/___ <input type="checkbox"/> Sin cita programada
¿Qué metas tienes para la terapia y qué espera lograr?

Firma del paciente/tutor legal:	Fecha:
Firma del terapeuta:	Fecha: