

## FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Verifique si le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones:

\_\_\_\_ Diabetes (I / II) \_\_\_\_ Enfermedad del corazón \_\_\_\_ Presión arterial alta \_\_\_\_ Cáncer  
\_\_\_\_ Marcapasos \_\_\_\_ Accidente cerebrovascular (TIA o CVA) \_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_ Implantes metálicos  
\_\_\_\_ Dolor de espalda \_\_\_\_ Problemas de circulación \_\_\_\_ Osteoporosis \_\_\_\_ Úlceras estomacales  
\_\_\_\_ Huesos rotos \_\_\_\_ Problemas respiratorios \_\_\_\_ Depresión \_\_\_\_ Asma  
\_\_\_\_ Coágulos de sangre \_\_\_\_ Artritis reumatoide \_\_\_\_ Problemas de tiroides \_\_\_\_ Problemas de riñón \_\_\_\_  
Enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis, TB, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Historia Quirúrgica: \_\_\_\_\_

¿Has notado recientemente? Marque todo lo que corresponda:

\_\_\_\_ Náuseas / Vómitos \_\_\_\_ Mareos \_\_\_\_ Dolor en la noche \_\_\_\_ Actualmente embarazada  
\_\_\_\_ Debilidad inusual \_\_\_\_ Problemas visuales \_\_\_\_ Palpitaciones del corazón \_\_\_\_ Problemas de audición  
\_\_\_\_ Sangrado \_\_\_\_ Dificultad para caminar \_\_\_\_ Dolor o hinchazón en las articulaciones \_\_\_\_ Fiebre /  
escalofríos / sudores  
\_\_\_\_ Dolor en el pecho \_\_\_\_ Falta de aliento \_\_\_\_ Incontinencia \_\_\_\_ Tos productiva / crónica  
\_\_\_\_ Dificultad para dormir \_\_\_\_ Pérdida de apetito \_\_\_\_ Cambios de peso inexplicables \_\_\_\_ Fatiga o mialgia

¿Has viajado recientemente fuera del país?  Sí  No

¿Has tenido contacto directo prolongado con alguien con un caso confirmado de coronavirus?  Sí  No

¿Cuántas veces te has caído en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_ ¿Resultó en una lesión?  Sí  No

Durante el último mes, ¿se ha sentido deprimido, deprimido, desesperado o molesto por tener poco interés o placer en hacer las cosas?  Sí  No

Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre que está tomando actualmente, incluya el nombre, la dosis, la frecuencia, la cantidad tomada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

¿Eres:  derecho  zurdo or izquierdo

¿Tienes alguna alergia?  Sí  No En caso afirmativo, indique:

\_\_\_\_\_

Con quién vives:

Solo  Solo cónyuge  Cónyuge y otros  Hijo  Otro \_\_\_\_\_

Dónde vives:

Casa privada  Apartamento / habitación alquilada  Residencia asistida / casa grupal  Hospicio

Otro \_\_\_\_\_

Tiene su hogar:

Escaleras, sin barandilla  Escaleras, barandilla  Rampas  Terreno irregular

Por favor explique:

\_\_\_\_\_

Empleo / Trabajo (Trabajo / Escuela / Juego):

Trabajo:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Jubilado  Desempleado  Ocupación: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Estado de salud general, califique su salud;  Excelente  Bueno  Regular  Malo

Fecha de inicio de los síntomas / lesiones actuales: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Describa los problemas para los cuales busca terapia:

Explique cómo ocurrieron los problemas:

¿Cómo se cuida de los problemas ahora? \_\_\_\_\_

¿Qué hace que los problemas mejoren? \_\_\_\_\_

¿Qué empeora los problemas? \_\_\_\_\_

¿Qué funciones podrías realizar antes, que ahora no puedes hacer? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son tus objetivos con la terapia? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido el (los) problema (s) antes? \_\_\_\_\_

Explique cualquier tratamiento específico que haya recibido para este problema, como terapia física u ocupacional previa, visitas quiroprácticas, analgésicos, etc.

¿Ha recibido radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, exploración ósea, etc. por este problema? Si es así, ¿cuáles fueron los resultados?

¿Conoce alguna razón física por la que no debe recibir tratamiento?  Si  No

Si sabe, por favor díganos qué es: \_\_\_\_\_

Calificación de dolor:

Si tiene dolor, ¿cuál es su nivel de dolor? Circulo

Dolor actual.

Please refer to the Graphic on the english form.

Consulte el gráfico en el formulario en inglés.

Hasta donde sé, la información anterior es precisa y completa.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por completar este cuestionario. Nos permitirá atender mejor sus necesidades.

Firma del terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_