

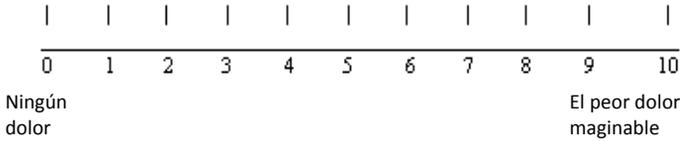
INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre _____

Ocupación _____

Estatus del trabajo actual/tareas _____

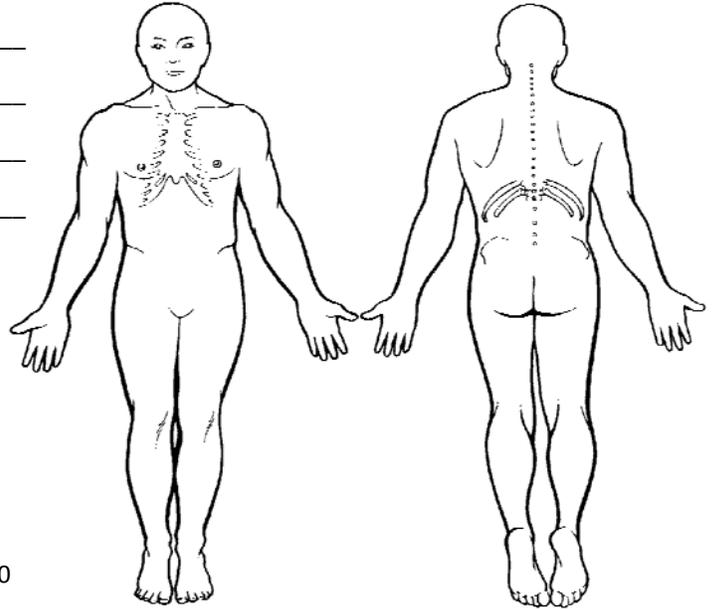
Utilice esta escala para responder a las siguientes 3 preguntas:



Su nivel actual de dolor mientras llena esta encuesta ___/10

Lo mejor que ha estado su dolor durante las últimas 48 horas ___/10

Lo peor que ha estado su dolor durante las últimas 48 horas ___/10



Por favor marque en el diagrama la(s) ubicación(es) en la(s) que está experimentando el (los) problema(s) y describa los síntomas (es decir, agudo, sordo, molesto, profundo, punzante (etc.), etc).

Antecedentes del Estado Actual

Describe brevemente el (los) problema(s) por el (los) cual(es) desea recibir terapia física: _____

¿Cuándo comenzó este problema? _____

Tratamiento que ha recibido hasta la fecha por este problema (quiropático, inyecciones, etc.): _____

¿Ha tenido este problema antes? Sí / No

En caso afirmativo, ¿cómo fue tratado el problema? _____

¿Con cuanta frecuencia se despierta durante la noche debido a sus síntomas? _____

Actualmente, mis síntomas están (circule uno): Mejorando Empeorando Continúan Igual

Factores Agravantes: Identifique hasta 2 posiciones y actividades importantes que empeoran sus síntomas:

1. _____

2. _____

Factores de Alivio: Identifique 2 posiciones o actividades importantes que mejoran sus síntomas:

1. _____

2. _____

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia? _____

Fecha: _____

¿Le han tomado recientemente radiografías, tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI), densitometría ósea, EMG, o estudios de conducción nerviosa? Sí / No

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde fueron tomadas las imágenes? _____

Anote, por favor, todos sus medicamentos actuales _____

Antecedentes de Cirugías (anótelos todos con sus fechas):

Procedimiento Quirúrgico (Cirugía)	Fecha

Actualmente Experimento: (circule los que aplican)

Fatiga	Fiebre/Escalofríos/Sudoración	Náuseas/Vómito
Aumento/Pérdida de Peso	Dificultad para Mantener el Equilibrio mientras camina	Caídas
Entumecimiento u Hormigueo	Debilidad Muscular	Mareo
Cambios en la Evacuación u Orina	Falta de Aliento	Dolores de Cabeza
Desmayos	Dificultad para Tragar	Acidez/Indigestión

Historia Clínica: Circule cada condición que se le ha dicho que tiene (o que ha tenido)

Cáncer	Enfermedad del Corazón	Presión Arterial Alta	Dolor en el Pecho/Angina	Problemas Circulatorios
Enfermedad Renal	Enfermedad Hepática	Enfermedad Pulmonar	Asma	Diabetes
Ataque Cerebral (Apoplejía)	Osteoporosis	Osteoartritis	Artritis Reumatoide	Disfunción de la Tiroides
Infección de los Huesos/Articulaciones	Depresión	Anemia	Fibromialgia	Infección de la Vejiga

Otro: _____

Anote por favor cualquier alergia que tenga _____

¿Tiene un marcapasos? Sí / No

¿Está usted embarazada **actualmente**, o cree que podría estar embarazada? Sí / No

¿Se ha sentido triste, deprimida, o desesperanzada durante el último mes? Sí / No

¿Se ha sentido abrumada a menudo por tener poco interés o placer en hacer cosas durante el último mes? Sí / No

Adventist Health Central Valley Network
PATIENT MEDICAL INFORMATION, SPN

7770F1220 – 10/2013
Page 2 of 2

PATIENT LABEL
Translated by TransPerfect
The Translator's Inc.