

Cuestionario de Historial Médico

El proposito de este cuestionario es para determinar si usted tiene alguna condición médica que pueda afectar su tratamiento de fisioterapia.

Nombre: _____

¿Lo han operado a causa de este accidente o esta lección?: Si / No Número de cirugías: _____

Tipo de cirugía(s): _____ Fecha de cirugía(s): _____

¿Está usted tomando algún medicamento prescrito por su doctor o sin prescripción?: Si / No

¿Cuáles?: _____

¿Ha tenido alguna vez alguno de estos servicios médicos o de rehabilitación para su lesión o por su accidente?
(Por Favor Seleccione Todos los que Apliquen)

Terapia Física	Médico General	Orthopedia	Raxos X
Terapia Quiropráctica	Neurología	Podólogo	MRI
Terapia Ocupacional	Cardiología	Physiatrist	CT Scan
Terapia de Masajes	Urgencias		EMG / NCV

¿Ha tenido o tiene cualquiera de lo siguiente?:

(Por favor seleccione todos los que apliquen)

Anemia	Lesion o Cirugia de Brazo(s) / Codo(s) / Mano(s)	Angina
Articulaciones Artificiales	Lesion o Cirugia de Pierna(s) / Tobillo(s) / Pie(s)	Artritis
Asma	Lesion o Cirugia de Cuello	Cancer
Lesion o Cirugia de Espalda	Entumecimiento / Hormigueo	Enfermedad Coronaria
Coagulos de Sangre / Embolia	Osteoporosis	Diabetes
Bronquitis	Dolores de Cabeza Severos o Frecuentes	Gota
Mareos / Desmayos	Falta de Aire al Respirar / Dolor de Pecho	Ataque al Corazón
Efisema	Inflamacion de Articulaciones	Presion Alta
Epilepsia	Problema de Tiroides / Bocio	Presion Baja
Hernia	Dificultad de la Vista o Escuchar	Marcapasos
	Debilidad	Derrame Cerebral

¿Tiene problemas emocionales o psicológicos?: Si / No ¿Tiene problema o dificultad para dormir?: Si / No

¿Fuma?: Si / No

Mujeres; ¿Está embarazada?: Si / No ¿Cuál es su fecha de parto?: _____

Por favor mencione cualquier otro dato que crea que nos podría asistir en su tratamiento:

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Asegúrese de hablar con su doctor si ésta información cambia.