



Forma de Evaluacion Medica

Es importante recopilar informacion sobre su historial medico a fin de brindarle la atencion de la mas alta calidad. Por favor complete este formulario a su leal saber y entender. Gracias! La informacion se complete con precision y a mi leal saber y entender.

Nombre: _____ Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Por favor verifique cuando sea apropiado. Alguna vez le han dicho a usted o un familiar inmediato que tiene...

Marque si usted o un miembro de su familia ha tenido la siguiente condiciones...			
-Osteoarthritis? _____	-Enfermedad del corazon? _____	-Asma? _____	
-Diabetes? _____	-Ataque al corazon? _____	-Problemas pulmonares? _____	
-Cancer? _____	-Osteoporosis? _____	-Lesion craneal? _____	
-Alergias? _____	-Enfermedad de la piel/ erupcion? _____	-Depresion? _____	
-Hueso rotos/ fracturas? _____	-Desorden sanguineo? _____	-Adiccion? _____	
-Circulacion/ problemas vasculares? _____	-Distrofia muscular? _____	-Problemas del higado? _____	
-Alta/Baja azucar en la sangre? _____	-Problemas tiroideos? _____	-ETS? _____	
-Esclerosis multiple? _____	-Problemas de riñon? _____	-Artritis Reumatoide? _____	
	-Desorden neurologico? _____	-Angina/dolor de pecho? _____	
	-Enfermedad infecciosa? _____	-Convulsiones/epilepsia? _____	
		-Ulceras/problemas estomacales? _____	
Estas Actualmente....	Bajo estres? _____	Deprimido? _____	Embarazada? _____

Enfermedades que ha tenido en el ultimo año: _____
Cirugias Previas (Por favor incluya fechas): _____
Medicamentos/vitaminas/suplementos actuales: _____
Fecha del ultimo examen fisico y nombre del medico: _____

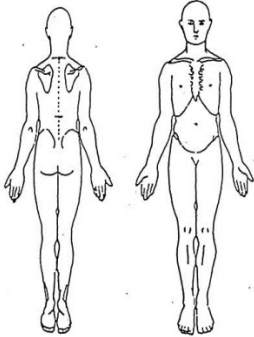
Bebes alcohol? _____ Cuantas bebidas generalmente tienes por semana? _____
Fecha en que dejaste de beber: _____ Alguna vez has fumado? _____
Cuantos paquetes por dia y por cuanto tiempo? _____ Fecha en que dejaste de fumar? _____
Hace ejercicio? _____ Con que frecuencia? _____ Que actividades? _____

Para que te estan viendo hoy? _____
Cuanto tiempo te ha estado afectando esto? _____ Esta mejorando tu condicion? Mismo/Peor?
Cuando te sientes mejor? _____ Peor? _____
Cuales son tus metas/Que te gustaria poder hacer? _____
Enumere cualquier otra cosa que considere importante o relevante? _____



Complete el area de preocupacion,

Actividades Funcionales:



Escala: 0 sin dolor y

10 el peor dolor.

Dolor en el peor: _____

Dolor en reposo: _____

Marque con un circulo las actividades enumeradas a continuacion que realice con dificultad o incomodidad como resultado de su lesion.

- Arrodillado -Dormiendo -Equilibrando -Sensacion -Estar de Pie
- Caminando -Sentadillas -Doblando -Halando -Cargando -
- Empujando -Alcanzando -Arrastrandose -Manejando
- Sentado -Trabajando -Leyendo -Levantando -Agarrando -
- Tosiendo/Estornudando -Usando escaleras -Usando Computadora

Actividades de higiene/La vida diaria/Tareas del hogar:

- Cepillando los dientes -Poniendose la camisa -Afeitando -Sexo -
- Poniendose zapatos/Calcetines -Cargando -Banandose -
- Manejando -Poniendose las pantalones -Pasar la aspiradora -
- Usando el baño -Lavando ropa -Limpiando la tina
- Haciendo la cama -Lavando platos -Cocinando -Barriando -
- Lavando el piso -Compras de comestibles

Actividades Recreativas:

- Trotando -Escalando -Montando bicicleta -Caminando
- Jugar al golf -Esquiar -Aerobicos -Nadando -Ir al cine
- Socializar con amigos