

Formulario de Evaluación Inicial de Fisioterapia

Por Favor, complete los artículos en el formulario relacionados con usted y su salud. Esto nos permitirá realizar una evaluación más completa.

Que le trae a Terapia hoy?: _____ Fecha de inicio de la lesión _____

Se ha operado por esta lesión? _____ En caso afirmativo, escriba la fecha y tipo de cirugía:?

Ha tenido alguno de los siguientes estudios en el último año?

Rayos-X	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Donde _____ Mes/Año _____
MRI- Resonancia Magnetica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Donde _____ Mes/Año _____
CT Scan u otro	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Donde _____ Mes/Año _____

<p>Sus 3 actividades MAS dificiles son:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>	<p>Descripción del Síntoma</p> <p><input type="checkbox"/> Adolorido</p> <p><input type="checkbox"/> Ardor</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor Leve</p> <p><input type="checkbox"/> Pulsadas</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor Agudo</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor expansivo</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor Constante</p> <p><input type="checkbox"/> Palpitante</p>	<p>Habilidad para Dormir</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo dormir comodamente</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me despierta despues de ____ horas</p> <p><input type="checkbox"/> No Puedo dormir comodamente</p> <p>Posición en la que duerme _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Dolor de Cabeza?</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> Si # Por Semana _____</td> </tr> <tr> <td>Entumecimiento ?</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si Donde _____</td> </tr> <tr> <td>Hormigueo?</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si Donde _____</td> </tr> <tr> <td>Mareos?</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si _____</td> </tr> </table>	Dolor de Cabeza?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si # Por Semana _____	Entumecimiento ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Donde _____	Hormigueo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Donde _____	Mareos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____
Dolor de Cabeza?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si # Por Semana _____												
Entumecimiento ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Donde _____												
Hormigueo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Donde _____												
Mareos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____												

<p>Durante cuánto tiempo puede hacer las siguientes actividades antes de que su condición lo reduzca o detenga?</p> <p>Caminar, tiempo o distancia: _____</p> <p>Estar sentado, minutos: _____</p> <p>Estar de Pie, minutos: _____</p> <p>Otro: _____</p> <p>Cuáles son otras actividades sociales, deportivas, pasatiempos que su condición le impide hacer</p>	<p>Qué ha sido capaz usted de hacer en la última semana con respecto a?</p> <p>Alcanzar hacia arriba o afuera a: _____</p> <p>Elevacion limitada a: _____</p> <p>Cargar solamente: _____</p> <p>Distancia de conducción: _____</p> <p>Tareas:</p>
--	---

Qué hace para aliviar sus síntomas?

Historial Medico: por favor complete o adjunte una lista completa.

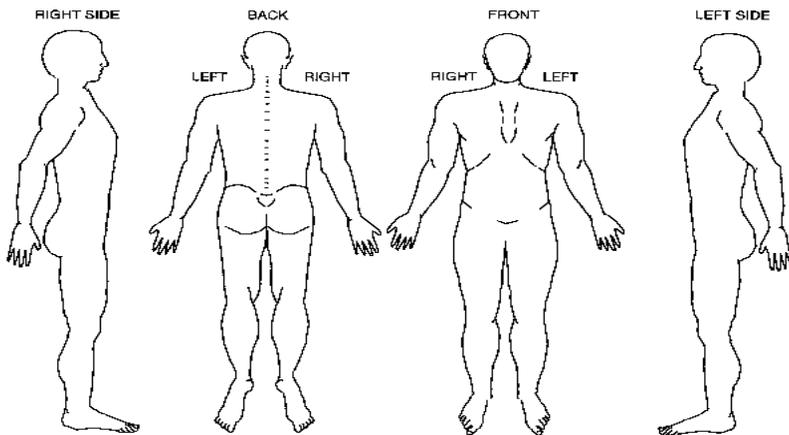
<p>Condiciones médicas activas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Presion Alta <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia <input type="checkbox"/> Epilepsia or Convulsiones <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Problemas de Pulmón 	<p>Tratamientos previos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vacuna(s) de Cortisona. Fechas & Area del Cuerpo_____ <input type="checkbox"/> Masajes terapéuticos <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Tratamiento Quiropractico 	<p>Historial medico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cancer. Que tipo?_____ <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Ataque(s) Cardiaco(s) <input type="checkbox"/> Dialisis <input type="checkbox"/> Accidente(s) Automovilistico en los ultimos 5 años <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral o de la medula espinal
--	---	--

Historia quirúrgica: Fecha y tipo de cirugía (Escriba o adjunte documento)_____

Escala de Dolor:

Marque con un circulo Su nivel de dolor mas bajo y

Use una X para marcar el mas Alto En la Ultima Semana



Lugar: Marque en la figura **DONDE** su(s) Síntoma(s) esta(n) Localizado(s)

Alguna caída el año pasado?

Numero de caidas este ultimo año _____

La ultima caida fue _____

Causa de la caida _____

Estatura _____

Peso _____

Nombre del paciente _____ **Fecha de Hoy** _____