

**FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha nacim.: \_\_\_\_\_ Fecha de lesión/Inicio: \_\_\_\_\_  
 Alergias: \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 ¿Está embarazada? Sí / No Indique si hay resultados de pruebas (Rayos-X, MRI, etc): \_\_\_\_\_  
 MD que refiere: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ MD de cabecera: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_  
 Otro MD/Tel. (Indique *cualquier* otro MD que le esté recetando o del cual esté recibiendo cuidado): \_\_\_\_\_

**Caída la Evaluación de Riesgos:**

¿Se ha caído en el último año?  Sí  No Describir \_\_\_\_\_  
 ¿Recibió usted herido?  Sí  No Describir \_\_\_\_\_

**¿Tiene usted ahora o tiene historial de...:**

	<b>SÍ</b>	<b>No</b>
Cardiopatía, alta presión arterial, marcapasos?	_____	_____
Problemas respiratorios, Asma, Alergias, TB?	_____	_____
Diabetes (de cualquier tipo)?	_____	_____
Artritis ( Diagnosticado por un M.D.)?	_____	_____
Enfermedad(es) de los huesos?	_____	_____
Trasorno de la piel, eccema, psoriasis, pie de atleta?	_____	_____
Enfermedades transmisibles, hepatitis, TB?	_____	_____
Historial de cáncer (de cualquier tipo)?	_____	_____
Historial Siquiatrico?	_____	_____
Algún implante de metal o artificial?	_____	_____
Alguna lesión anterior en la misma área?	_____	_____
Algún accidente de tránsito anterior con lesiones?	_____	_____
Alguna cirugía anterior?	_____	_____
Algún historial de convulsiones o epilepsia?	_____	_____
Tiene usted alguna alergia al látex?	_____	_____

Por favor explique cualesquier respuestas de “Sí” e indique la fecha de tal evento: \_\_\_\_\_

En el diagrama a la derecha, por favor marque el(las) área(s) de su dolor utilizando los siguientes símbolos:

- X = DOLOR**
- /// = HORMIGUEO**
- O = ADORMECIMIENTO**
- ↓ = DOLOR PUNZANTE**

Por favor califique su dolor en este momento en una escala de 0 a 10, el 0 siendo ningún dolor y el 10 siendo el peor dolor imaginable:

**0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10**

¿Cómo calificaría su dolor en su nivel más bajo? /10

¿Cómo calificaría su dolor en su nivel más alto? /10

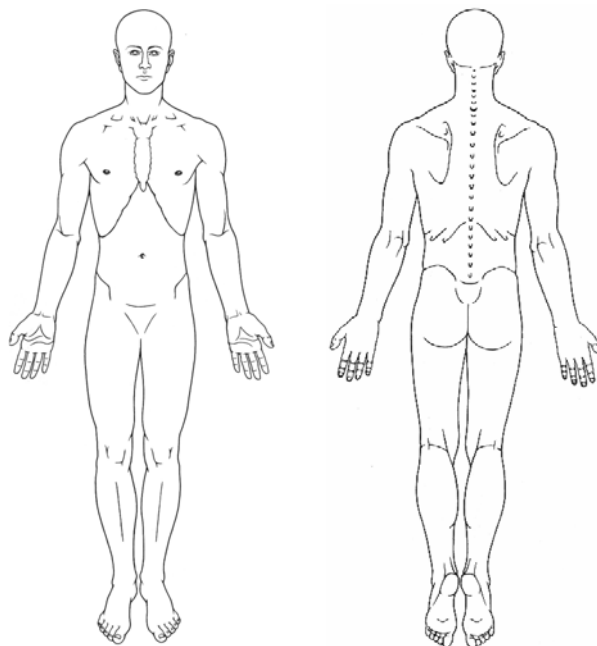
**Por favor describa su dolor (marque todos los que apliquen con un círculo).**

constante intermitente agudo sordo achaques ardor  
 hormigueo punzante pulsátil fulgurante calambres

¿Tiene usted una Orden de No Intentar Reanimación (DNR)?

Sí \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor notifique a su terapeuta. No \_\_\_\_\_



**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_