Dignity Health
Physical Therapy
in partnership with Select Medical

# Formulario de historia clínica

Nombre del paciente:_____Número de cuenta: _____

Altura:_____pies____pulgadas Peso:_____(Libras) Fecha de lesión:_____

Diagnóstico que le dio su médico: _____

¿Cómo ocurrió/empeoró esta lesión? _____

¿Ha sido hospitalizado por esta afección? ◻ Sí ◻ No En caso afirmativo, fecha: _____

¿Se ha sometido a una cirugía por esta afección? ◻ Sí ◻ No En caso afirmativo, fecha: _____

En caso afirmativo, tipo de cirugía:_____

¿Tuvo alguna caída el último año? ◻ Sí ◻ No En caso afirmativo, ¿cuántas?___

¿Ha recibido tratamiento previo por esta afección? ◻ Sí ◻ No En caso afirmativo, fecha: _____

En caso afirmativo, resumir:_____

¿Le han hecho alguna vez algo de lo siguiente? ◻ Electromiografía ◻ TC ◻ Mielografía ◻ RM ◻ Rayos X

¿Alguna vez lo han tratado, o lo tratan en la actualidad por alguna de las siguientes afecciones?

| | | |
|---|---|---|
| Síndrome de dificultad respiratoria aguda | ◻ Sí | ◻ No |
| Angina de pecho | ◻ Sí | ◻ No |
| Ansiedad o trastornos de pánico | ◻ Sí | ◻ No |
| Artritis (AR, OA) | ◻ Sí | ◻ No |
| Asma | ◻ Sí | ◻ No |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | ◻ Sí | ◻ No |
| Insuficiencia cardiaca (IC) | ◻ Sí | ◻ No |
| Enfermedad degenerativa de disco (dolor en la zona lumbar, estenosis espinal, | ◻ Sí | ◻ No |
| Depresión | ◻ Sí | ◻ No |
| Diabetes | ◻ Sí | ◻ No |
| Enfisema | ◻ Sí | ◻ No |
| Perdida de la audición o sordera | ◻ Sí | ◻ No |
| Ataque cardíaco | ◻ Sí | ◻ No |
| Esclerosis múltiple | ◻ Sí | ◻ No |
| Osteoporosis | ◻ Sí | ◻ No |
| Párkinson | ◻ Sí | ◻ No |
| Enfermedad vascular periférica | ◻ Sí | ◻ No |
| Accidente cerebrovascular o | ◻ Sí | ◻ No |
| Enfermedades del tracto gastrointestinal superior | ◻ Sí | ◻ No |
| Deficiencia visual (cataratas, glaucoma, degeneración macular) | ◻ Sí | ◻ No |

| | | |
|---|---|---|
| Alergias | ◻ Sí | ◻ No |
| Dolores de cabeza | ◻ Sí | ◻ No |
| Lesión en la espalda | ◻ Sí | ◻ No |
| Problemas de coagulación | ◻ Sí | ◻ No |
| Anomalías en los intestinos / la | ◻ Sí | ◻ No |
| Cáncer | ◻ Sí | ◻ No |
| COVID-19<br>• En caso afirmativo, fecha: | ◻ Sí | ◻ No |
| Mareos o desmayos | ◻ Sí | ◻ No |
| Epilepsia o convulsiones | ◻ Sí | ◻ No |
| Fractura | ◻ Sí | ◻ No |
| Hepatitis A, B, C | ◻ Sí | ◻ No |
| Hernia | ◻ Sí | ◻ No |
| Presión arterial alta | ◻ Sí | ◻ No |
| VIH/sida | ◻ Sí | ◻ No |
| Hipoglucemia | ◻ Sí | ◻ No |
| Inmunodepresión o bajo tratamiento con medicamentos | ◻ Sí | ◻ No |
| Problemas renales | ◻ Sí | ◻ No |
| Problemas del hígado / de la | ◻ Sí | ◻ No |
| Implantes de metal | ◻ Sí | ◻ No |
| Nausea / vómitos | ◻ Sí | ◻ No |
| Marcapasos | ◻ Sí | ◻ No |
| Desfibrilador | ◻ Sí | ◻ No |
| Embarazo | ◻ Sí | ◻ No |
| Zumbido en los oídos | ◻ Sí | ◻ No |
| Disfunción sexual | ◻ Sí | ◻ No |
| Anomalías de la piel | ◻ Sí | ◻ No |
| Fumar | ◻ Sí | ◻ No |
| Instrucciones de dieta especial | ◻ Sí | ◻ No |
| Tuberculosis | ◻ Sí | ◻ No |

**Avance a la página 2**

Dignity Health
Physical Therapy

in partnership with Select Medical

**Formulario de historia clínica (página 2)**

Nombre del paciente:_____ Número de cuenta:_____

¿Toma algún medicamento? Marque aquí si los adjunta: ☐ Liste los adjuntos (puede usar el reverso):

_____

_____

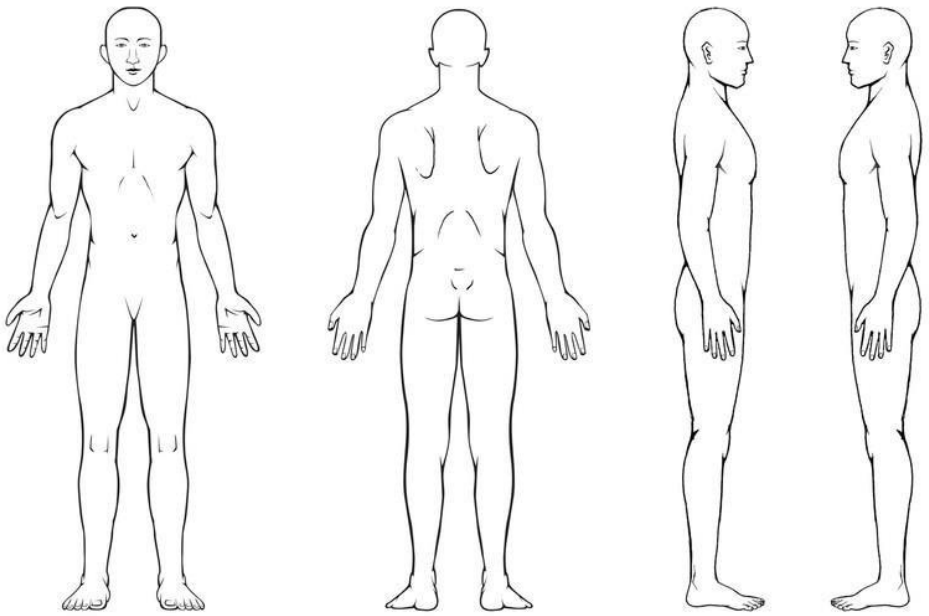
Para ayudarnos a entender sus síntomas, marque con un círculo todas las opciones que correspondan:

Mi dolor es peor: por la mañana☐durante el día☐por la noche☐constante☐durante la actividad☐durante el descanso☐En una escala del 0 al 10 (en la que "0" significa que no siente dolor y "10", un dolor intolerable que requiere hospitalización)

Clasifique su dolor en el mejor de los casos _ y en el peor de los casos_____

**Diagrama del dolor**

Usando la tecla indicada, dibuje el símbolo que represente su dolor sobre el área del cuerpo que se refiera a su estado actual.



**Tecla**

↑ o ↓ Dolor irradiado

XXX Espasmo

ZZZ Sensibilidad

//// Entumecimiento/hormigueo

¿Hay otra información sobre su historia clínica que debamos saber? _____

_____

¿Cuál es su objetivo terapéutico en este momento? _____

_____

Firma del paciente o tutor (si el paciente es un menor):_____Fecha: _____