

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 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Ansiedad o trastornos de pánico | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Artritis (AR, OA) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Insuficiencia cardíaca (IC) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad degenerativa de disco (dolor en la zona lumbar, estenosis espinal, | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Depresión | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Perdida de la audición o sordera | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Párkinson | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad vascular periférica | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Accidente cerebrovascular o | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedades del tracto gastrointestinal superior | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Deficiencia visual (cataratas, glaucoma, degeneración macular) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

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

Avance a la página 2



in partnership with Select Medical

Nombre del paciente: _____ Número de cuenta: _____

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

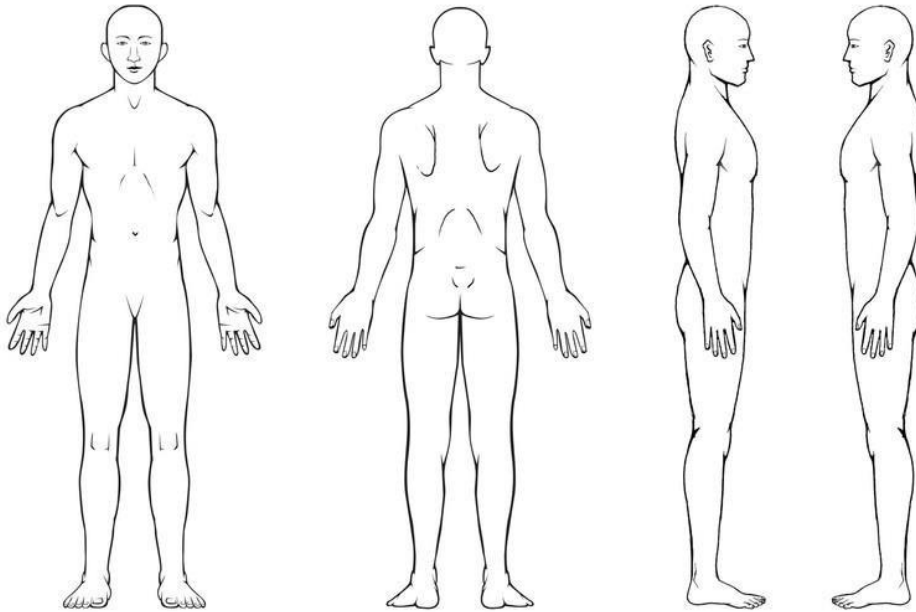
Para ayudarnos a entender sus síntomas, marque con un círculo todas las opciones que correspondan:

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/hormi

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

¿Cuál es su objetivo terapéutico en este momento? _____

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