

Cuestionario para Pacientes de Terapia Física

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Historia Médica Encierre en un círculo cada dolencia que le han dicho que tiene (o que ha tenido).

Cáncer	Diabetes	Enfermedad renal	Enfermedad hepática
Enfermedad cardíaca	Marcapasos	Fibromialgia	Osteoporosis
Enfermedad pulmonar	Artritis reumática	Osteoartritis	Angina/Dolor de pecho
Alergias	Asma	Hipertensión	Derrame cerebral

Indique cualquier otra herida, operaciones o dolencias médicas anteriores o actuales (incluyendo episodios pasados de dolor de espalda baja, de rodillas, etc.) y tiempo que duraron:

Historia médica actual

- Edad _____ Estatura _____ Peso _____
- Ocupación _____ Requisitos físicos del empleo _____
- Medicamentos actuales: _____

Medicación	Dosis
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Problema actual

- ¿Cuándo le comenzó el dolor? (o fecha de la operación) _____
- ¿Qué tratamientos ha recibido hasta ahora para este problema? _____
- ¿Sus síntomas están (encierre uno en un círculo): mejorando/iguales/empeorando? _____
- ¿Cuáles actividades mejoran sus síntomas? _____
- ¿Cuáles actividades empeoran sus síntomas? _____
- ¿Le han hecho una radiografía, MRI u otro estudio de por este problema? Si/No
- ¿Hace ejercicios con regularidad? Si/No ¿Qué hace? _____
- ¿Cuáles son sus metas para la terapia en este momento? _____

Cuestionario para Pacientes de Terapia Física

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Por favor encierre en un círculo el número que mejor represente el nivel promedio de dolor que ha sentido en las últimas 48 horas:

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor dolor imaginable

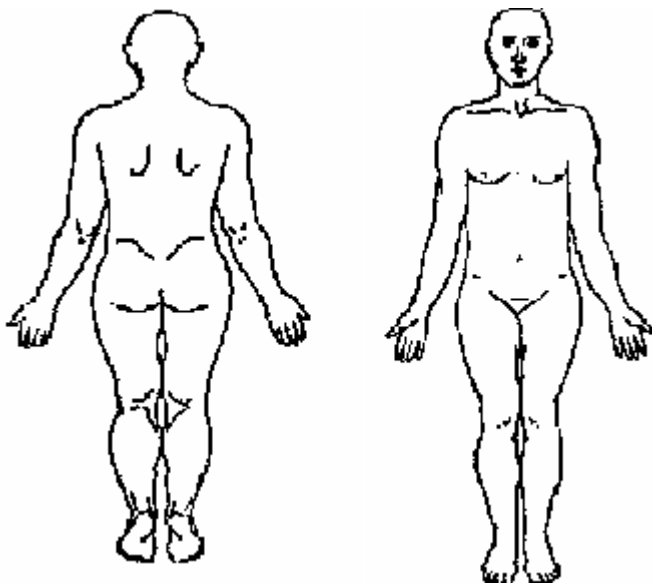
Por favor, encierre en un círculo el número que mejor represente el peor nivel de dolor que ha sentido durante la semana pasada:

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor dolor imaginable

¿Hay momentos específicos en que el dolor es peor? _____

¿Qué hace para calmar el dolor? _____

Por favor, marquen en los dibujos donde siente el dolor:



He proporcionado la información más actual que tengo.

Firma de la paciente _____

Fecha _____