

## Historia clínica del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Médico que deriva al paciente: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Parte del cuerpo lesionada: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha hecho fisioterapia a causa de esta lesión?  Sí  No ¿Ha sido operado a causa de esta lesión?  Sí  No  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Tipo/fecha de la operación: \_\_\_\_\_  
 ¿La lesión fue provocada por un accidente laboral o automovilístico?  Sí  No

INDIQUE EL TIPO Y LA DOSIS DE TODOS los medicamentos, plantas medicinales, vitaminas, minerales o suplementos nutricionales (dietarios) recetados y de venta libre que está tomando actualmente:

Marque esta casilla si adjunta por separado una lista de los medicamentos y sus dosis

Tipo	Dosis	Tipo	Dosis
Tipo	Dosis	Tipo	Dosis
Tipo	Dosis	Tipo	Dosis

Marque con una X los especialistas que lo están tratando actualmente:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médico general | <input type="checkbox"/> Osteópata     | <input type="checkbox"/> Neurólogo                   |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> Ortopedista   | <input type="checkbox"/> Psiquiatra/Psicólogo        |
| <input type="checkbox"/> Logopeda       | <input type="checkbox"/> Quiropráctico | <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar) |

Si ha consultado a alguno de estos especialistas durante los últimos 3 meses, describa por qué motivos (enfermedad, afección, examen físico, etc.) \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DEL DOLOR – Describa de la mejor manera posible el dolor que siente actualmente: \_\_\_\_\_

Seleccione el grado de dolor (0 indica que no siente dolor, 10 indica un dolor que requiere atención en una sala de emergencias)  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localización y calidad del dolor: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

Indique si ALGUNA VEZ le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Farmacodependencia y/o alcoholismo    | <input type="checkbox"/> Hepatitis                       |
| Descripción: _____  | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides                 | <input type="checkbox"/> Depresión                       |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta  | <input type="checkbox"/> Accidente cerebro-vascular            | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                    |
| ¿Controlada por medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple                   | <input type="checkbox"/> Hernia                          |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos  | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide                   | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones     |
| Tipo: _____   | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso/pérdida de energía    | Tipo/fecha: _____  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza intensos/frecuentes | <input type="checkbox"/> Dificultades visuales/auditivas |
| Controlada por: <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Medicamentos  | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal                      | <input type="checkbox"/> Otras afecciones artríticas     |
| <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> No controlada             |  |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación                                     | <input type="checkbox"/> Anemia                                | <input type="checkbox"/> ¿Está embarazada?               |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones                | <input type="checkbox"/> ¿Tiene alergias?                |
| Tipo: _____   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                          | Descripción: _____                                       |

¿Cuánto café o bebidas con cafeína consume por día? \_\_\_\_\_

¿Cuántos paquetes de cigarrillos fuma por día? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días a la semana bebe alcohol? \_\_\_\_\_

¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas consume por día? \_\_\_\_\_

¿Ha observado alguno de los siguientes síntomas recientemente?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida excesiva de peso/energía | <input type="checkbox"/> Fatiga           | <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos/sudores |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos                  | <input type="checkbox"/> Debilidad física | <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo |

Indique las actividades deportivas o recreativas en las que participa: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_