

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

¿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: _____