



Patient-focused.
Personalized compassionate care.
Empowering outcomes.

10750 Rhode Island Ave. Beltsville, MD 20705
301.937.1632 | acetherapeutix.com

Historia Y Estado Medico Del Paciente

NOMBRE: _____ FETCHA DE NACIMENTO: ____/____/____ AÑOS: _____

Es esta lesión relacionada con un accidente de Auto? SI No

Esta lesión ocurrió en el trabajo? SI No

Tiene una Reclamación de Compensación para Trabajadores abierta ? SI No

Empecé a tener dolor / síntomas en o alrededor de: ____/____/____

He tenido esta condición : Nunca hasta ahora Una vez Muchas veces antes

Qué actividades y / o actividades empeoran su dolor? (Círculo abajo)

Sentado De pie De Rodillas Doblado Escaleras Traslados Sentados en Cucullas Doblado De Rodillas Llegar a la parte superior de la espalda Llevar detrás de la espalda Levantar Objetos Aderezo Cocinar Limpieza Objetos sujetadores

Otero: _____

Lo que facilita su dolor? (círculo de abajo)

Hielo calor resto Stretching terapia medicamento acostado de pie sentado flexión

Otros: _____

Tenido / o programado para diagnóstico por imágenes (es decir, rayos x, resonancia magnética, estudio de conducción nerviosa, etc.)?

Explicar: _____

Son capaces de realizar cualquier actividad que no fueron capaces de antes de comenzar la terapia física? Sí No

Explicar: _____

Ha tenido alguna vez terapia física antes de? Sí No

califique su nivel de dolor usando la herramienta proporcionada

Lo peor: _____ /10
Corriente: _____ /10
Mejor: _____ /10



marque el área de dolor o malestar en la tabla proporcionada, usando los símbolos apropiados:

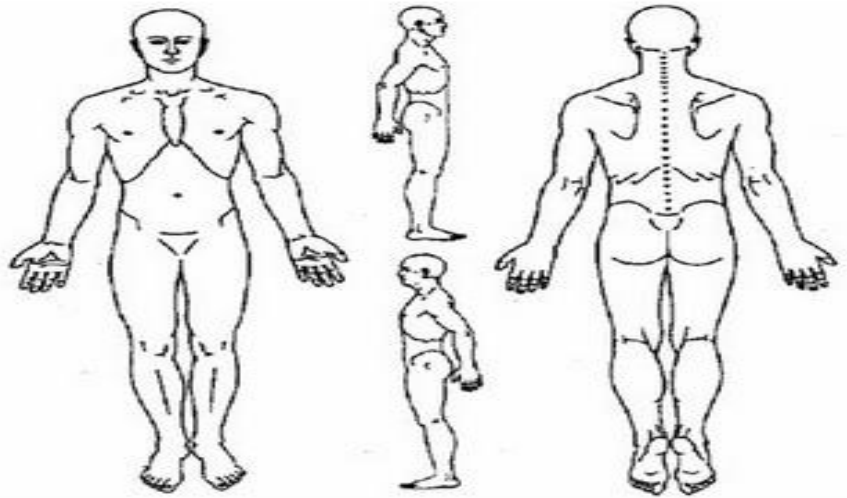
Ardiente: ^ ^ ^ ^ ^

Agudo: + + + + +

Palpitante: o o o o o

Disparo : →

Hormigueo Entumecimiento : =====



Mi dolor :

Constante: intermitente

Actualmente está tomando algún (s) medicamento?

SI NO

Lista de medicamentos actuales Por favor incluya la dosis / frecuencia (o proporcione la lista):

Pérdida de peso inexplicada	Dolores de cabeza	Cambios en la función intestinal / vesical
Aumento del dolor en la noche	Náuseas vómitos	Depresión
Fiebre / escalofríos / sudores	Distrofia muscular	Falta de aliento
Cambios en el Apetito	Dificultad para tragar	Mareo
		OTRO: _____

Ha caído en los últimos 12 meses SI No SI ES ASÍ, CUÁNTAS VECES ? _____

Alguna vez ha tenido alguna cirugía? SI No

FECHA DE LA CIRUGÍA: ____/____/____

CIRUGIA: _____

HISTORIA MÉDICA PASADA

: Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

Alztimers	Historia del Cáncer
Enfermedades cardiovasculares	De Huntington's
Cauda Equina Syndrome	Immunosupresion
Carrera	Lupus
Infección Actual	Distrofia muscular
Diabetes tipo 1	Obesidad
Diabetes tipo 2 (comienzo adulto)	Osteoarthritis
Fibromyalgia	Enfermedad de Parkinson
Fractura o sospecha de fractura	Artritis reumatoide
Presión arterial alta	Lesión cerebral traumática
Other : _____	Marcapasos

¿Durante el mes pasado, se te a menudo ha molestado por sentimiento, deprimido o desesperanzado? Sí No

¿Durante el mes pasado, ha a menudo se ha preocupado por poco interés o placer en hacer las cosas? Sí No

Qué actividades están teniendo dificultades en hacer a causa de su dolor o disfunción?

¿Cuál es tu meta personal para la terapia física?

Hay cualquier otra información o inquietudes que gustaría compartir con su terapeuta?

Nombre del paciente (imprimido): ___ Fecha: ___ / ___ / ___

Firma del paciente/tutor: ___

a nuestros pacientes: Aunque muchas de estas preguntas pueden no parecer relevantes para su visita hoy, le pedimos que se comunique con nosotros con respecto a los síntomas o historia tiene, como esta información puede ser de gran ayuda para determinar si está indicada la terapia, y hasta qué grado puede ser de ayuda. Y aun si el proveedor es consciente de un síntoma o una enfermedad, por favor háganoslo saber y también si ha habido cualquier empeoramiento de la última. Un aspecto importante del tratamiento de lesiones musculoesqueléticas es detección de otras condiciones y factores que pueden jugar un papel en los síntomas; Esto nos ayuda a proporcionar intervenciones efectivas y que aboga por su salud y bienestar general.

Para el uso del terapeuta:

Puntuación índice autoinformada o funcional: ___ / ___

Índice Cervical Oswestry DASH LEF DHI FOTO otros: ___

Firma del terapeuta fecha