

Para asegurarse de recibir una evaluación completa y exhaustiva, proporciónenos la información de antecedentes importantes en el siguiente formulario. Toda la información se considera confidencial y se divulgará solo a su médico a menos que se otorgue una autorización previa por escrito. Gracias.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ .

¿Ha visto alguno de los siguientes síntomas para su condición actual en el último año? (Casilla de verificación)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico (M.D., D.O.) | <input type="checkbox"/> Psiquiatra/Psicólogo | <input type="checkbox"/> Abogado       |
| <input type="checkbox"/> Dentista            | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta       | <input type="checkbox"/> Quiropráctico |

¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer, en caso afirmativo, describa de qué tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata       | <input type="checkbox"/> Síndrome de piernas inquietas*     |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos                                     | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide         | <input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga crónica*        |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos  | <input type="checkbox"/> Otras afecciones artríticas | <input type="checkbox"/> Ansiedad o ataques de pánico*      |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación                                | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                | <input type="checkbox"/> Depresión                          |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                                   | <input type="checkbox"/> Nefropatía                  | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                                     | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides       | <input type="checkbox"/> Fibromialgia*                      |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Golpe                       | <input type="checkbox"/> Dependencia química                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Sensibilidades químicas*    | <input type="checkbox"/> Latigazo*                          |
|  |  | <input type="checkbox"/> Alergia al látex                   |
|  |  | <input type="checkbox"/> Trastorno de la ATM*               |
|  |  | <input type="checkbox"/> Otros: _____                       |

Enumere cualquier cirugía u otra afección por la que haya estado hospitalizado en los últimos años, incluida la fecha aproximada de la cirugía u hospitalización:

FECHA	CIRUGÍA/HOSPITALIZACIÓN	FECHA	CIRUGÍA/HOSPITALIZACIÓN
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Describe cualquier lesión por la que haya sido tratado (incluidas fracturas, dislocaciones, esguinces) en los últimos años y la fecha aproximada de la lesión:

FECHA	HERIDA	FECHA	HERIDA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Has notado recientemente:

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida/aumento de peso    | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos    | <input type="checkbox"/> Debilidad                | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                     | <input type="checkbox"/> Mareos             | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Cefaleas                 |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos/sudores | <input type="checkbox"/> Dolor por la noche | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar   | <input type="checkbox"/> Cambio de apetito        |

Por favor, indique su altura actual: \_\_\_\_\_ Pulgadas peso: \_\_\_\_\_ Libras.

¿Te has caído en los últimos 12 meses?                      Sí No

Durante el último mes, ¿te ha molestado a menudo sentirte deprimido, deprimido o desesperanzado?                      Sí No

Durante el último mes, ¿te ha molestado a menudo el poco interés o placer en hacer las cosas?                      Sí No

¿Has tenido algún cambio reciente en la función intestinal o de la vejiga?                      Sí No

¿Cuántos paquetes de cigarrillos fumas al día?                      \_\_\_\_\_

Si una bebida equivale a una cerveza o una copa de vino, ¿cuánto alcohol bebes en una semana?                      \_\_\_\_\_

¿Cómo puedes dormir por la noche?                       Mucha                       Dificultad moderada\*                       Solo con medicamentos\*

**SOBRE**

**En las escalas a continuación, marque con un círculo el número que mejor represente sus niveles de dolor:**

En el peor de los casos: Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

Actual: Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

En el mejor de los casos: Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

**Factores agravantes:** Identifique hasta 3 actividades importantes que no puede realizar o con las que tiene dificultades como resultado de su problema. Enuméralos a continuación:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Nivel de Ejercicio/Actividad Física**

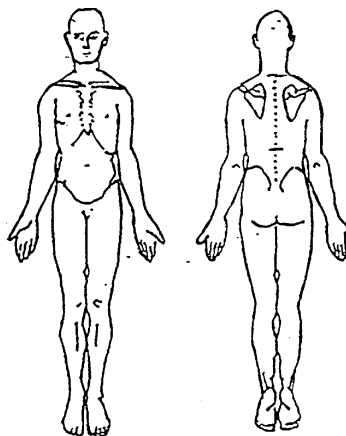
Completamente sedentario

Programa de Formación de Alto Nivel

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Le gustaría recibir educación/asesoramiento sobre cómo mejorar de forma segura su nivel de ejercicio/actividad? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Tabla corporal: Por favor, marque sus síntomas actuales en la tabla corp



Enumere cualquier medicamento RECETADO (incluidas las dosis) que esté tomando actualmente (INCLUIDAS las inyecciones y / o parches para la piel):

MEDICACIÓN

DOSIFICACIÓN

MEDICACIÓN

DOSIFICACIÓN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál de los siguientes medicamentos de venta libre ha tomado en la última semana? (Marque la casilla).

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina       | <input type="checkbox"/> Laxantes         | <input type="checkbox"/> Suplementos vitamínicos/minerales |
| <input type="checkbox"/> Tylenol        | <input type="checkbox"/> Antiácidos       | <input type="checkbox"/> Advil/Motrin/Ibuprofeno           |
| <input type="checkbox"/> Decongestantes | <input type="checkbox"/> Antihistamínicos | <input type="checkbox"/> Otro                              |

¿Ha sido atendido por una agencia de atención médica en el hogar en los últimos 60 días? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

¿Cómo te enteraste de Northern Rehab?

- |                                    |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico    | <input type="checkbox"/> Familia/Amigo _____        | <input type="checkbox"/> Paciente Anterior    | <input type="checkbox"/> Redes Sociales _____ |
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Nos vio en un evento _____ | <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet | <input type="checkbox"/> De paso en coche     |

**Uso del terapeuta**

¿Formulario revisado con el paciente? SÍ  NO

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del terapeuta