

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"/> Hipertension | <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"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Dependencia química |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sensibilidades químicas* | <input type="checkbox"/> Latigazo* |
| | | <input type="checkbox"/> Alergias |
| | | <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 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? Bueno 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

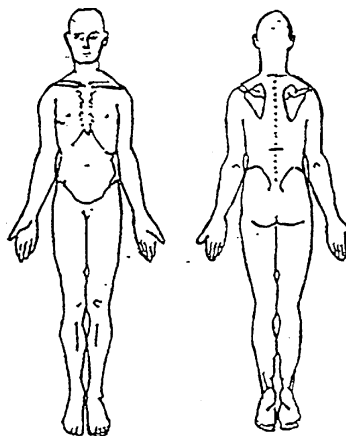
Completamente sedentario

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