



Historia Clínica y Cuestionario Físico

La siguiente información se utilizará para establecer un plan de tratamiento de fisioterapia para restaura tu capacidad funcional. Toda la información se considera confidencial y solo será liberado con su autorización por escrita.

Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre del Doctor referente: _____

Describe brevemente las principales quejas/síntomas: _____

Inicio/Fecha de la lesión: _____ ¿Cómo comenzaron los síntomas?: _____

¿Cirugía para la lesión actual?: Sí _____ No _____ ¿Cuándo?: _____

Prueba Diagnostica (MRI, X-ray etc.) _____ ¿Cuándo?: _____

¿Has recibido previamente algún tipo de tratamiento para esta afección? Si es así, ¿cuándo?: _____

Otras lesiones (fecha y tratamiento en los últimos 7 años): _____

Medicamentos (por favor enumere): _____

Marque todo lo que corresponda a cualquier afección que tenga actualmente o hay experimentado en el pasado:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas de Oído | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Equilibrar | <input type="checkbox"/> Problemas Oculares | <input type="checkbox"/> HIV/Aids | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cefaleas | <input type="checkbox"/> Placas/Pasadores Metálicos | <input type="checkbox"/> Trastorno de la Piel |
| <input type="checkbox"/> Vahído | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Trastorno Neurológico | |

Marque todo lo que corresponda de lo que actualmente no puede hacer como resultado de su condición:

- | | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doblar | <input type="checkbox"/> Agarre con la mano | <input type="checkbox"/> De pie durante mucho tiempo | <input type="checkbox"/> Escalera | <input type="checkbox"/> Vístase |
| <input type="checkbox"/> Tareas Domésticas | | <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> Párate | <input type="checkbox"/> Conducir |
| <input type="checkbox"/> Levantar/transportar | | <input type="checkbox"/> Dormir | <input type="checkbox"/> Caminar/Correr | |
| <input type="checkbox"/> Cuclillas | <input type="checkbox"/> Levantar/Alcanzar | <input type="checkbox"/> Trabajar | <input type="checkbox"/> Para Acicalar | |
| <input type="checkbox"/> Otro: | _____ | | | |

Evaluación Subjetiva

Este cuestionario está diseñado para ayudar a su terapeuta a determinar la ubicación, naturaleza y factores que afectan su dolor o disfunción. Por favor complete lo mejor que pueda y hacer cualquier comentario adicional sobre su estado. Su terapeuta discutirá su comentarios con más detalle durante su evaluación.

Ocupación: _____ Horas / semana : _____

Actividades físicas en la ocupación (por ejemplo, sentarse, agacharse, levantar objetos, usar la computadora, etc.) _____

¿Deportes, pasatiempos o actividades físicas? Por favor especifica:

Descripción del dolor

___ Traumático (causado por lesión)

___ No traumático (sin causa real)

¿Cómo está cambiando tu dolor?

___ Mejorando

___ No cambiar

___ Empeorando

¿Cuál es la naturaleza de tu dolor?

___ Constante ___ Afilado

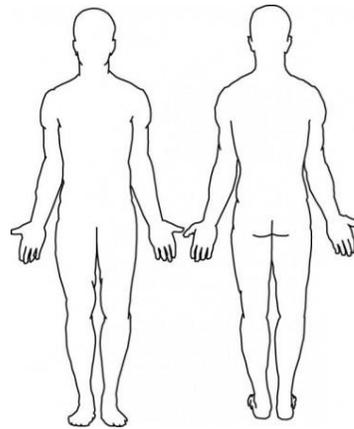
___ Ocasional ___ Dolor Sordo

___ Entumecimiento ___ Palpitaciones

___ Hormigueo ___ Ardor

Áreas de dolor sensación anormal

Sombrear donde corresponda



Durante las últimas 4 semanas:

Indique la intensidad media de su dolor.

Ninguno

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Intenso

Historia del dolor:

¿Ha tenido algún historial previo de problemas similares? () Sí () No ¿Cuándo? _____

¿Qué ayudó más a aliviar los ataques anteriores? _____

¿Tiene dolor por la noche? Sí ___ No ___

¿Qué empeora tu dolor? _____

¿Qué ayuda a tu dolor? _____

¿En qué medida el dolor o los síntomas han interferido con su trabajo normal (incluidas las tareas domésticas)?

1. Nada 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Mucho

¿En qué medida su dolor/síntomas han interferido con sus actividades sociales?

1. Nada 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Mucho

En general diría usted que su salud en este momento es...

1. Excelente 2. Muy bueno 3. Bueno 4. Regular 5. Malo