**Su Historia Médica**

Para asegurarnos que usted reciba una evaluación profunda y completa, favor de proveeré su historia medica. Si usted no le entiende a una pregunta, déjela sin contestación y su terapista le asistirá, gracias. **Nombre:**­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Empleo:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pasa tiempos:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Alergias:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Usted o alguien en su familia mas cercana ha sido diagnosticada con las siguientes condiciones / enfermedades?**

**Usted** **Familia** **Usted** **Familia**

*Cáncer* Si No Si No *Asma* Si No Si No

*Diabetes* Si No Si No *Bronquitis* Si No Si No

*Presión Alta*  Si No Si No *Embolia* Si No Si No

*Enfermedad Cardiaca* Si No Si No *Ulceras* Si No Si No

*Dolores de cabeza* Si No Si No *Osteoporosis* Si No Si No

*Osteoartritis* Si No Si No *Asimientos* Si No Si No

*Artritis reumática* Si No Si No

Escoliosis muscular Si No Si No

*Problemas de la tiroides* Si No Si No

*Enfermedades del sistema digestivo* Si No Si No

*Fiebre reumática* Si No Si No

*Enfermedad de los riñones* Si No Si No

**Historial Quirurgico:**

Reemplazo de coyunturas Si No Si No

Cirugias de la columna Si No Si No

Implantes de metal : (varillas, alfileres, tornillos) Si No Si No

Otro:

**En los tres últimos meses ha notado o ha sentido:**

*Un cambio en su salud?*  Si No *Difícil para tragar?* Si No

*Nausea/Vomito?* Si No *Cambio inexplicado de peso?* Si No

*Fiebre/Escalofrió/Sudor frio?* Si No *Falta de respiración?* Si No

*Entumecimiento / Cosquilleo?* Si No Mareos / Vértigo? Si No

*Cambios en su apetito?* Si No *Infección de los pulmones* Si No

*Infección del tracto urinario?* Si No

*Cambios en la función del intestino* *o de la vejiga?* Si No

**Se ha caído en los últimos 12 meses ? Si No Si contesta que si, cuantas veces: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tuvo lesiones debido a esta caída? Si No Si contesta que si, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**En este momento esta:**

**Embarazada?** Si No **Deprimido/a?**  Si No **Bajo/a estrés?** Si No

**Como duerme durante la noche?** (Circule una)

Bien tiene dificultad Solamente con medicamento

**Tiene problemas…** (Circule Todas que le afectan)

Para Escuchar Con su visión Para hablar Para comunicarse

**Fuma o ha fumado anteriormente?** Si No

Si contesta que si, cuantos cigarrillos a la semana?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cajetillas por año?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Toma licor o bebidas alcohólicas?** Si No

Si contesta que si, cuanto consume cada semana?

**Toma bebidas que contienen cafeína o café?** Si No

Si contesta que si, que tan frecuente lo toma? Mensual Semanal Diariamente

**Fecha del ultimo examen físico**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

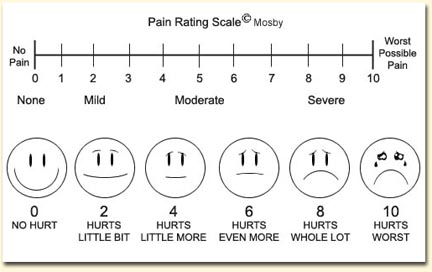
**Causa de dolor / molestia (Circule uno): Hubo (un/a)…**

Accidente Herida Trauma (Violencia) Actividad especifica?

Si contesto la pregunta anterior que si, favor de describir la situación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ha recibido algún tratamiento para este problema en el pasado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Historial de dolor en esta área? Si No Si contesta que si, por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_**



**Usando la escala de arriba, como describe su dolor? Mejor:\_\_ Peor:\_\_ Hoy:\_\_**

**Que otras síntomas ha tenido / sufrido con este problema? (Circule todos que se aplican a usted)**

Siente que le arde Difícil para respirar Se siente ronca/o

Mareos Estreñimiento Cosquilleo

Entumecimiento Cambios en su visión Tos

Dolores en las coyunturas Cambios de peso Dolores durante la noche

Suda Débil Dificultad para tragar

Salpullido / Ronchas en la piel Palpitaciones de corazón Sangra de alguna manera

**Hay dolor o síntomas de algún tipo en otra parte de Su cuerpo que no ha mencionado o todavía no hemos platicado?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ha tenido tos y gripe por más de siete días?** Sí No

**Ha salido afuera del país entre los últimos 30 días?** Sí No

**Fecha de su último examen médico?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del terapista** **Fecha**