

## Su Historia Médica

Para asegurarnos que usted reciba una evaluación profunda y completa, favor de proveer su historia medica. Si usted no le entiende a una pregunta, déjela sin contestación y su terapeuta le asistirá, gracias.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Empleo:** \_\_\_\_\_

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

**Alergias:** \_\_\_\_\_

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

	<u>Usted</u>		<u>Familia</u>			<u>Usted</u>		<u>Familia</u>	
<i>Cáncer</i>	Si	No	Si	No	<i>Asma</i>	Si	No	Si	No
<i>Diabetes</i>	Si	No	Si	No	<i>Bronquitis</i>	Si	No	Si	No
<i>Presión Alta</i>	Si	No	Si	No	<i>Embolia</i>	Si	No	Si	No
<i>Enfermedad Cardiaca</i>	Si	No	Si	No	<i>Ulceras</i>	Si	No	Si	No
<i>Dolores de cabeza</i>	Si	No	Si	No	<i>Osteoporosis</i>	Si	No	Si	No
<i>Osteoartritis</i>	Si	No	Si	No	<i>Asimientos</i>	Si	No	Si	No
<i>Artritis reumática</i>	Si	No	Si	No					
<i>Escoliosis muscular</i>	Si	No	Si	No					
<i>Problemas de la tiroides</i>						Si	No	Si	No
<i>Enfermedades del sistema digestivo</i>						Si	No	Si	No
<i>Fiebre reumática</i>						Si	No	Si	No
<i>Enfermedad de los riñones</i>						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:**

<i>Un cambio en su salud?</i>	Si	No	<i>Difícil para tragar?</i>	Si	No
<i>Nausea/Vomito?</i>	Si	No	<i>Cambio inexplicado de peso?</i>	Si	No
<i>Fiebre/Escalofrió/Sudor frio?</i>	Si	No	<i>Falta de respiración?</i>	Si	No
<i>Entumecimiento / Cosquilleo?</i>	Si	No	<i>Mareos / Vértigo?</i>	Si	No
<i>Cambios en su apetito?</i>	Si	No	<i>Infección de los pulmones</i>	Si	No
<i>Infección del tracto urinario?</i>	Si	No			
<i>Cambios en la función del intestino o de la vejiga?</i>			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

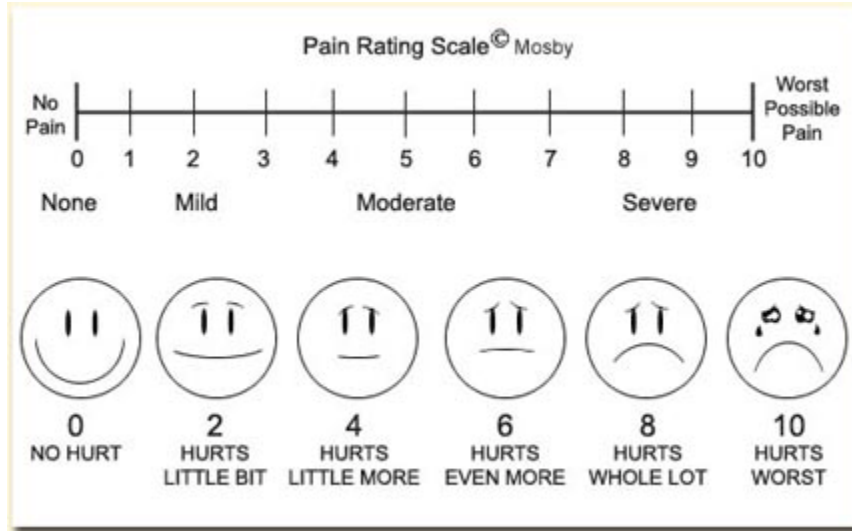
**Fecha del ultimo examen físico:** \_\_\_\_\_

**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 terapeuta

Fecha