

La Forma de Pacientes Nuevos

Nombre:	Apellido:	La Inicial del Medio:
Dirección de casa:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:
Dirección de correo electrónico:		
Seguridad Social: - -	Cumpleaños: / /	
Contacto de emergencia:	La Relación:	Teléfono:
Médico remitente:		Médico primario:
La Principal Compañía de Seguro:		El Nombre del Asegurador Primario:
SS# de Asegurador Primario: - -		Los Cumpleaños de Asegurador: / /
La Secundaria Compañía de Seguro:		El Nombre del Asegurador Secundario:
SS# de Asegurador Primario: - -		Los Cumpleaños del Asegurador: / /
Empleo: A tiempo completo Medio Tiempo Sin trabajo Jubilado (Por favor, círculo)		Estudiante: La escuela secundaria Universidad A tiempo completo Medio Tiempo (Por favor, círculo)
Estado Civil: (Por favor, círculo) Soltero Casado Divorciado Separado Viudo		

¿Ud. tiene una cita de seguimiento con su médico remitente?

Sí: _____ (Fecha) _____ No: _____

Por favor, hace una lista de medicinas (si Ud. tiene una lista, por favor, dale a la recepcionista.):

Por favor, hace una lista de cirugías con las fechas:

1. _____
2. _____

¿Hay una posibilidad Ud. esta embarazada? Sí No

¿Ha tenido otro exámenes medicos?

Los rayos X: _____ MRI: _____ Exploración por TAC: _____ Doppler: _____ Ultrasonido: _____

¿Conoce Ud. los resultados? _____

Por favor, círculo todas las condiciones de que conciernen a ti hoy o en el pasado:

Ansiedad/ Depresión	Artritis	Asma	Cáncer	Dolor de pecho/Infarto
Problemas circulatorios	Mareos/Desmayos	Epilepsia/Convulsiones	Pérdida de la audición	Enfermedad cardíaca
Presión arterial alta/hipertensión	Enfermedad pulmonar	Accidente Cerebrovascular	Problemas de la tiroides	
Uso de drogas/alcohol: _____1-3x/semana	_____3-7x/semana	_____7-12x/semana	_____12+/semana	
Alergias (por favor, marca): _____				

¿Tiene or ha tenido Ud. cualquiera de los siguientes en el pasado o actualmente?

Osteoporosis / Osteopenia:	Sí	No	Problemas del corazón:	Sí	No	
Cáncer:	Sí	No	(si Sí, marca) _____	Marcapasos/Defibrillator:	Sí	No
Dolor inexplicado de la noche:	Sí	No	Pérdida inexplicada de peso:	Sí	No	

¿Ha caído más de una vez en el año pasado? Sí No ¿Cuántas veces? _____

¿Ha tenido Ud. otros tratamientos medicos en relación con su herida o dolor?

Terapia de fisico: _____ Quiropráctica: _____ Inyecciones: _____ Masaje: _____ Acupuntura: _____

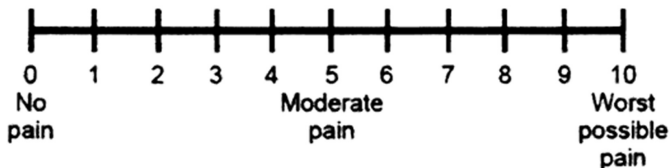
Fecha de la herida o Inicio de los sintomas: _____ Causa de herida/dolor (si se conoce): _____

¿Cuando es el dolor más agravante?	¿Cuando es el dolor menos agravante?
Mañana: _____ Noche: _____ Constante: _____	Mañana: _____ Noche: _____ Constante: _____

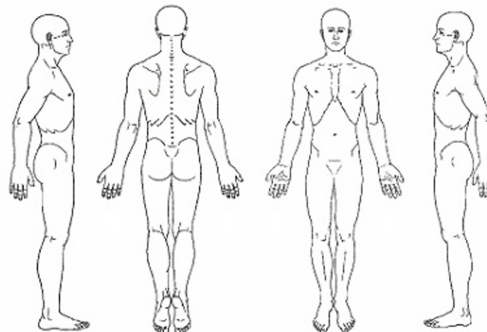
¿Qué empeora el dolor?

¿Qué mejora el dolor?

Por una escala de 0 - 10, 0 no significan dolor, y 10 significa que Ud. debe estar en el hospital; por favor, círculo el numero lo que mejor describa sus síntomas:



Ubicación de síntomas: (por favor, indica en el diagrama) 000=Entumecido/Hormigueo XXX=Dolor Agudo ---=Dolor ardiente +++=Dolorido



Yo comprendo que tengo la responsabilidad que informar los fisioterapeutas de cualquier problemas de salud y alergias que tengo, además de cualquiera medicinas o drogas estoy tomando. Yo verifico que toda la información producida es exacta.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____